



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3188/2022

ATAS/284/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 avril 2024

Chambre 3

En la cause

A_____

représenté par Me Marie-Josée COSTA, avocate

recourant

contre

GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA

intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Philippe LE GRAND ROY et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

- A.** **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1983, est titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'informaticien. Il a été engagé dans un service de maintenance informatique en 2012. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents par le GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA (ci-après : l'assureur-accidents), auprès duquel il bénéficiait également d'une couverture complémentaire à l'assurance-accidents.
- b.** Le 23 mai 2017, l'assuré a été renversé par un cycliste alors qu'il empruntait un passage pour piétons. Il a subi une lésion méniscale au genou gauche, traitée par arthroscopie le 4 octobre 2017 par le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.
- c.** Le Dr B_____ a indiqué dans un courrier du 6 février 2018 à la Clinique romande de réadaptation (CRR) qu'un séjour lui paraissait approprié, vu l'échec des traitements et la situation stagnante. L'assuré présentait une algoneurodystrophie (ci-après également désignée par algodystrophie, *complex regional pain syndrom* [CRPS] ou syndrome douloureux régional complexe [SDRC]), confirmée principalement par un œdème de la rotule révélé par une imagerie par résonance magnétique (IRM) en novembre 2017. L'incapacité à exercer l'activité habituelle d'intendance informatique – impliquant de nombreux déplacements avec port de charges – perdurait.
- d.** Le 24 février 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).
- B.** **a.** L'assuré a séjourné à la CRR du 14 février au 13 mars 2018. Dans leur rapport du 22 mars 2018, les médecins ont diagnostiqué un traumatisme du genou gauche et une algodystrophie de stade scintigraphique I à II du genou gauche. Ce diagnostic était cliniquement évocateur selon les critères de Budapest et selon une scintigraphie osseuse réalisée le 2 mars 2018. Un électroneuromyographe (ENMG) n'avait pas mis en évidence d'atteinte des principaux nerfs périphériques, le caractère neuropathique de la douleur relevant du tableau clinique de l'algodystrophie. Sur le plan psychiatrique, aucune pathologie n'était retenue. Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Des facteurs contextuels pouvaient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles, notamment la kinésiophobie et l'élaboration de scénarios-catastrophes chez un assuré fonctionnant sur un mode « tout ou rien », ce qui compliquait une gestion progressive de la rééducation. Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes étaient retenues : éviter la marche prolongée, la marche en terrain irrégulier, les positions accroupie ou agenouillée, les montées et descentes répétées d'escaliers. La situation n'était pas stabilisée. Il était trop tôt pour se prononcer sur la reprise

de l'activité habituelle. *A priori*, le pronostic était plutôt favorable à terme. Selon les médecins, il s'agissait d'une forme assez torpide d'algodystrophie, d'évolution probablement lente. Les réactions au niveau des tissus mous étaient toutefois modérées et il n'y avait pas d'enraidissement, ce qui constituait des facteurs de bon pronostic. L'incapacité de travail se poursuivrait jusqu'au 14 avril 2018 et serait à réévaluer ensuite. Une reprise thérapeutique, probablement initialement sur des demi-journées, pourrait être envisagée par la suite pour limiter un retrait professionnel trop prolongé.

b. Dans un rapport du 28 mars 2018, le professeur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a confirmé le diagnostic d'algoneurodystrophie.

c. Dans son rapport du 7 septembre 2018, la doctoresse D_____, spécialiste FMH en médecine physique, a posé le diagnostic de CRPS sévère du membre inférieur gauche.

Dans son rapport du 5 août 2020, cette spécialiste a mentionné une allodynie, des douleurs extrêmement invalidantes avec parfois des discolorations, et une amyotrophie de la cuisse. Elle a confirmé le diagnostic de CRPS de type I avec répercussion sur la capacité de travail.

La Dresse D_____ a encore attesté une incapacité de travail totale en raison des douleurs dans son rapport du 28 janvier 2021.

d. Le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a indiqué dans son rapport du 26 octobre 2018 que l'assuré souffrait en sus du CRPS d'un épisode dépressif réactionnel moyen à sévère (F 32.2). Il a exposé que le trouble psychique entraînait une incapacité de travail totale, avant de décrire plus loin que l'atteinte thymique influençait la capacité de travail à hauteur de 20 à 30%.

Dans un rapport du 23 décembre 2019, ce psychiatre a confirmé son diagnostic et décrit un grand isolement social.

Il a précisé ne plus suivre l'assuré depuis le 13 novembre 2019 dans son rapport du 4 août 2020.

e. L'assureur-accidents a mis en œuvre un examen de l'assuré auprès du docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 13 mars 2019, celui-ci a relevé que l'assuré décrivait des douleurs s'étendant de manière diffuse au genou et irradiant dans la jambe et la cuisse gauches, ainsi qu'un sommeil perturbé. Il présentait des épisodes spontanés de discolorations fréquentes du genou avec sensations de chaleur et de froideur et sudation accrue du membre inférieur gauche lors de stress et à la moindre activité. Cette symptomatologie s'étendait à l'hémicorps gauche puis au corps entier, une à plusieurs fois par jour. Le périmètre de marche était limité à 50 à 100 mètres sans cannes, à 20-30 minutes avec deux cannes, et les déplacements supérieurs à 30 minutes nécessitaient l'utilisation d'une chaise roulante. La marche dans les escaliers n'était pas réalisable. La station assise était limitée à 45 minutes et la

conduite de sa voiture automatique nécessitait une pause toutes les 30 à 45 minutes. A l'examen, le Dr F_____ a constaté qu'il n'y avait pas de trouble trophique du membre inférieur gauche, la coloration, la température cutanée et la sudation étaient physiologiques. Il n'y avait pas de tuméfaction ni d'épanchement intra-articulaire du genou gauche, mais une hypodysesthésie du genou. Une amyotrophie du membre inférieur gauche était présente. La stabilisation de la situation médicale était attendue à deux ans de l'événement. L'évaluation montrait des discordances entre les constatations objectives et certains troubles subjectifs qui ne pouvaient être expliqués. De plus, il existait vraisemblablement une amplification des symptômes, le Dr F_____ mentionnant le comportement de l'assuré lors d'une crise algique durant l'examen – il avait alors présenté des crampes, des tremblements diffus, des sudations et des pleurs nécessitant l'interruption de l'examen pendant plusieurs minutes. Une évaluation multidisciplinaire serait nécessaire lors de la stabilisation médicale.

f. Le docteur G_____, médecin à la Clinique de la douleur, a diagnostiqué dans son rapport du 7 octobre 2020 un CRPS de type I persistant entraînant une incapacité de travail.

Il a confirmé le diagnostic de CRPS de type I dans son rapport du 11 février 2021. Il était difficile de se prononcer sur une reprise du travail. Il a décrit les différents traitements initiés, dont la préparation de l'implantation d'un neurostimulateur médullaire en janvier 2021, qui n'avait en définitive pas abouti en raison des effets secondaires. L'évolution était stationnaire.

g. L'OAI a mis en œuvre un examen de l'assuré par le docteur H_____, spécialiste FMH en rhumatologie, qui a vu l'assuré le 3 mai 2021. Dans le status, celui-ci a rapporté que lorsqu'il lui avait demandé de marcher sans cannes, l'assuré, après un refus initial, avait fait quelques pas avec une boiterie, puis avait mimé un trouble de l'équilibre et s'était retenu au mur. Le Dr H_____ a retenu les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail d'algoneurodystrophie du membre inférieur gauche au décours dans le cadre d'un status après traumatisme du ménisque interne gauche et arthroscopie. L'assuré présentait des lombalgies dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis et d'un status après tentative de stimulation médullaire, et un excès pondéral. L'algoneurodystrophie entraînait des limitations fonctionnelles non compatibles avec une activité d'informaticien se déplaçant beaucoup. Dans cette activité, la capacité de travail était nulle. En revanche, elle était de 50% dans une activité strictement adaptée, l'algoneurodystrophie s'étant nettement améliorée et l'assuré ne présentant plus qu'une discrète discoloration violacée avec marbrures et un œdème du membre inférieur gauche, alors qu'à la CRR et lors de l'expertise du Dr F_____, il présentait une atrophie du membre inférieur gauche. Cet œdème pourrait également être lié à la non-utilisation du membre inférieur gauche. L'incapacité de travail n'était pas supérieure à 50%, car la tolérance à la position assise en cours d'entretien avait été bonne. Par ailleurs, malgré ses douleurs,

l'assuré restait capable de conduire. Il avait pu partir à Pâques 2021 dans son chalet en France, à une quinzaine de kilomètres de Genève. Il gardait une bonne intégration sociale. Ainsi, il avait des ressources physiques relativement conservées et d'autres ressources mobilisables, car il était bien soutenu par son père qui faisait ses courses. Ses parents l'invitaient à manger tous les week-ends et sa femme de ménage s'occupait de toutes les tâches ménagères chez lui. Il présentait cependant d'importants motifs d'exclusion, au vu de la démonstrativité, de l'exagération des symptômes et de trois signes de Waddell sur cinq. Il y avait aussi des incohérences entre des douleurs cotées très haut et l'absence de médication, notamment antalgique. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de genuflexions répétées, pas d'utilisation d'escabeau ou d'échelle, pas de franchissements réguliers d'escaliers, pas de marche en terrain irrégulier, pas de position debout de plus de cinq minutes, pas de marche avec cannes de plus d'un quart d'heure. L'incapacité de travail était totale depuis octobre 2017, puis à nouveau depuis le 1^{er} janvier 2018 dans l'activité habituelle d'informaticien parcourant de longs trajets. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail était de 50% dès le jour de l'examen. En principe, une algoneurodystrophie disparaissait complètement après deux ou trois ans. Cependant, au vu de l'importante démonstrativité et l'importante exagération des symptômes par l'assuré, il était bien possible que les douleurs ne s'améliorent jamais et qu'il ne reprenne pas d'activité professionnelle. Une réévaluation de la capacité de travail devrait tout de même avoir lieu deux ans plus tard, l'évolution habituelle d'une algoneurodystrophie allant vers la guérison,

h. La doctoresse I_____, spécialiste FMH en anesthésiologie, a retenu dans un rapport du 15 juillet 2021 que l'assuré présentait des gonalgies chroniques liées à un CRPS de type I et des lombalgies chroniques non déficitaires à la suite de la pose d'un neurostimulateur médullaire. Au plan médicamenteux, au vu de l'inefficacité des antalgiques et de leurs effets indésirables, ce médecin ne proposait pas d'autres traitements. Après plusieurs mois, la gabapentine pourrait à nouveau être prescrite.

i. La Dresse D_____ a noté dans son rapport du 20 juillet 2021 qu'une capacité de travail de 50% n'était pas compatible avec l'état de l'assuré, qui ne tolérait pas un déplacement de quinze minutes sans avoir besoin de se reposer ensuite durant deux heures.

j. L'assureur-accidents a confié une expertise aux docteurs J_____, spécialiste FMH en neurologie, K_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et L_____, spécialiste FMH en psychiatrie. Ceux-ci ont rendu leur rapport le 1^{er} février 2022.

Dans le status clinique, ils ont notamment relevé une différence de périmètre de deux centimètres au niveau de la cuisse et de la jambe en défaveur de la gauche. L'assuré signalait une hypodysesthésie globale du membre inférieur gauche. On notait un certain degré d'acrocyanose du membre inférieur gauche en station

debout. Il n'y avait pas actuellement de signe évident d'algodystrophie au niveau du genou gauche. Au plan psychique, les symptomatologies anxieuse et dépressive étaient insuffisantes pour retenir un diagnostic spécifique dans ces groupes de pathologies. Les troubles psychiques avaient « une causalité de vraisemblance probable » avec l'accident, et entraînaient une incapacité de travail de 20% du 6 janvier 2018 (début de l'algodystrophie) au 4 octobre 2019. S'agissant des différents indicateurs en matière de troubles psychiques, il n'y avait pas de trouble psychiatrique sévère ni de trouble psychosomatique, mais un diagnostic de majoration des symptômes. Il n'y avait pas d'organisation pathologique de la personnalité. Il y avait des incohérences cliniques, l'assuré surévaluait l'intensité de son humeur anxieuse et dépressive avec des plaintes subjectives (humeur dépressive d'intensité moyenne à forte, fatigue) qui n'étaient pas retrouvées à l'examen, puisqu'il était euthymique et sans signe objectif de fatigue. Il minimisait son autonomie et ses ressources : il conduisait plusieurs fois par semaine, et il s'était rendu seul en voiture en vacances, rejoignant sa famille dans le chalet familial. Il y avait des incohérences avec les pièces du dossier. Dans la synthèse, les experts ont relevé que l'examen neurologique était caractérisé par des troubles très atypiques, et des discordances et des incohérences ne permettant pas de retenir avec probabilité ou certitude l'existence d'une atteinte neurologique significative. Les signes sympathique réflexe et de dystrophie étaient au mieux modestes. Il n'y avait donc pas d'explication claire aux plaintes persistantes, ou du moins à l'importance de ces plaintes, ainsi qu'à l'incapacité de travail et la gêne dans les activités personnelles. Du point de vue psychique, le tableau clinique était compatible avec un diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F 41.2), de faible intensité. L'évaluation pluridisciplinaire confirmait le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0). L'assuré avait des ressources, il était capable de communiquer, de respecter un cadre, de s'adapter, il manquait de flexibilité psychique, il savait s'organiser, était rationnel, psychiquement endurant, et volontaire. Il avait des capacités relationnelles. Il disait ne pas avoir de réseau social personnel ou professionnel. Sur le plan neurologique, l'expert retenait un status après déchirure du ménisque interne du genou gauche et un status après probable algodystrophie secondaire en 2017. Il n'y avait pas d'explication neurologique aux troubles actuels. Du point de vue de la médecine physique, on notait la persistance de séquelles modérées du membre inférieur gauche dans les suites d'un SDRC. Les troubles actuels, de par leur atypie, leur extension et l'absence de réponse aux traitements plus de quatre ans après l'événement accidentel ne trouvaient pas d'explication somatique satisfaisante, et étaient donc en relation de causalité très douteuse avec l'événement accidentel. Les suites de l'accident du 23 mai 2017 étaient stabilisées le 4 octobre 2019. Toute activité exercée en limitant les positions accroupies et à genoux était exigible à temps plein, sans diminution de rendement. La capacité de travail de l'assuré dans l'activité habituelle était totale depuis le 4 octobre 2019.

Il n'y avait pas d'atteinte importante et durable objectivable justifiant une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

k. Par décision du 15 février 2022, l'assureur-accidents a retenu que la relation de causalité entre les lésions du genou gauche et les troubles anxieux et dépressifs mixtes et l'accident du 23 mai 2017 ne pouvait être admise que jusqu'au 4 octobre 2019. Il renonçait à demander le remboursement des indemnités journalières versées jusqu'au 30 septembre 2021 et des frais médicaux. Il n'y avait pas de droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

l. L'assuré s'est opposé à cette décision le 17 mars 2022. Il a soutenu que la loi imposait à l'assureur la prise en charge provisoire des prestations en cas de doute, de sorte qu'il devait poursuivre le versement des indemnités journalières. La date de fin du droit aux indemnités journalières avait été établie de manière arbitraire par les experts, et le Dr H_____, expert de l'OAI, avait émis l'hypothèse que l'assuré ne reprenne pas le travail en raison des douleurs et avait uniquement admis une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Les conclusions du Dr H_____ prévalaient dès lors qu'il était rhumatologue.

m. Dans un avis du 6 juin 2022, le docteur M_____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) s'est déterminé sur l'expertise du CEMed, retenant que l'algoneurodystrophie du membre inférieur gauche qui persistait le 3 mai 2021 lors de l'expertise du Dr H_____ n'était plus retrouvée en décembre 2021 par le Dr K_____. Cette atteinte appartenait au passé, elle avait disparu à une date non précisée entre le 3 mai et le 8 décembre 2021. Le SMR adaptait ses conclusions en retenant une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis l'accident, et, dans une activité adaptée d'informaticien, de 50% dès le 3 mai 2021 et de 100% dès le 8 décembre 2021.

n. Selon une information de la Caisse interprofessionnelle AVS de la fédération des entreprises romandes (ci-après : la Caisse) du 25 août 2022, l'assuré avait droit à un montant de CHF 91'949.- à titre d'arriérés de rentes de l'assurance-invalidité.

o. Par courrier du 15 septembre 2022, l'assureur-accidents a informé l'assuré qu'il avait requis de la Caisse la compensation d'un montant de CHF 40'914.05. Il avait servi des indemnités journalières légales et au titre de l'assurance complémentaire, couvrant au total 90% du gain journalier. La perte de gain du 4 octobre 2017 au 30 septembre 2021 représentait CHF 371'210.90 et les indemnités totales versées s'élevaient à CHF 332'793.95 pour cette période. Pour la période du 1^{er} août 2018 au 30 septembre 2021, les rentes de l'assurance-invalidité s'élevaient à CHF 79'331.- Le montant total versé par les différentes assurances était ainsi de CHF 412'124.95, ce qui révélait une surindemnisation de CHF 40'914.05.

p. Par décision du 2 septembre 2022, l'assureur-accidents a écarté l'opposition de l'assuré. Le rapport du Dr H_____ était antérieur à celui des experts du CEMed,

et l'assuré ne démontrait pas en quoi ses conclusions devaient être préférées à celles des Drs J_____, K_____ et L_____. Il a retiré l'effet suspensif à un éventuel recours.

q. Par décision du 27 septembre 2022, l'OAI a alloué une rente entière à l'assuré du 1^{er} août 2018 au 31 mars 2022, le montant rétroactif des rentes, soit CHF 96'271.-, faisant l'objet d'une déduction de CHF 40'914.05 versés à l'assureur-accidents.

- C. a.** L'assuré a interjeté recours contre la décision de l'assureur-accidents auprès de la Cour de céans par écriture du 30 septembre 2022. Il conclut, sous suite de dépens, préalablement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, principalement à ce qu'il soit dit et constaté que l'intimée doit poursuivre la prise en charge des suites de l'accident au-delà du 4 octobre 2019, à ce qu'elle soit condamnée à reprendre le versement des indemnités journalières et la prise en charge des frais médicaux, et à ce que l'intimée soit condamnée à examiner le droit à la rente d'invalidité et à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité au moment de la stabilisation de l'état de santé.

Le recourant reproche à l'intimée lui avoir transmis un dossier incomplet, ne comportant en particulier aucun des documents recueillis par l'OAI, alors même qu'il avait requis la production du dossier de cet office. Son droit d'être entendu a ainsi été violé.

Il invoque plusieurs motifs de récusation à l'encontre des experts du CEMed, centre auquel il reproche un manque d'indépendance. Un rhumatologue aurait dû être mandaté pour l'examiner. Il reproche également à l'intimée d'avoir suspendu les prestations avant d'obtenir les conclusions du Dr J_____. L'expertise du 1^{er} février 2022 n'aurait aucune valeur probante. L'anamnèse est incomplète, le dossier de l'OAI n'ayant pas été soumis aux experts, à l'instar d'autres rapports. Les experts n'ont pas non plus appliqué les indicateurs pertinents en matière de troubles psychiques. Aucun des rapports médicaux au dossier n'a été discuté. La capacité de travail retenue dès octobre 2019 est contredite par les autres rapports médicaux, dont celui du Dr H_____.

La décision de l'intimée ne concorde du reste pas avec celle de l'OAI, alors que la notion d'invalidité est en principe identique dans ces assurances. L'intimée a admis le lien de causalité entre l'accident et les lésions du genou et les troubles anxieux et dépressifs. Il lui appartenait dès lors de démontrer que ces troubles n'avaient plus de lien de causalité avec l'atteinte. L'intimée n'a pas rendu vraisemblable un quelconque fait interruptif de la causalité. Elle devrait ainsi verser les indemnités journalières et prendre en charge le traitement. Il lui appartient également de prendre position sur les droits du recourant à une rente et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité lors de la stabilisation de l'état de santé.

b. Par écriture du 27 octobre 2022, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAI. Ce recours a été enregistré sous le numéro de cause A/3540/2022.

c. Dans sa réponse du 14 décembre 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours, sous suite de dépens.

Il soutient que le recourant ne s'est pas opposé au refus d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité et que ce point est entré en force.

Il n'existe selon lui aucun motif valable de récusation des experts du CEMed. Le fait que le Dr B_____ fasse partie des experts de ce centre n'en constitue pas un. Le rapport du CEMed est complet et détaillé, et dûment motivé. Les critiques du recourant quant à la date retenue par les experts pour fixer l'exigibilité d'une reprise ne sont pas déterminantes, puisqu'elle n'a aucune incidence sur leur analyse et leur motivation, et que l'intimée a presté au-delà de cette date. Le SMR a du reste considéré cette expertise comme probante puisqu'il s'est fondé sur son contenu pour admettre une capacité de travail entière dès décembre 2021.

La suspension des prestations par l'intimée dès octobre 2021 est motivée par ses doutes sur le droit aux prestations à cette date, eu égard au rapport du Dr F_____, notamment. Les avis de la Dresse D_____ ne suffisent pas à remettre en cause l'expertise. Les troubles et l'incapacité de travail persistant au-delà du 30 septembre 2021 ne sont manifestement plus en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident et l'opération subséquente. Les légers troubles objectivés lors de l'expertise ne permettent pas d'expliquer les plaintes du recourant.

d. Le 20 janvier 2023, le recourant a persisté dans ses conclusions. Le dossier produit par l'intimée dans la procédure est incomplet et ne contient pas celui de l'OAI, qu'il a pourtant requis à plusieurs reprises.

Le recourant affirme avoir contesté le refus de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Il répète que les experts du CEMed ont fondé leur expertise sur un dossier incomplet. La date d'exigibilité de la reprise fixée par ces experts est bien déterminante pour analyser la valeur probante de l'expertise, laquelle devant se prononcer sur l'évolution de l'état de santé du recourant.

e. Le 20 février 2023, l'intimée, interpellée par la Cour de céans, a soutenu que le dossier de l'OAI faisait partie de son dossier et avait été transmis dans son intégralité aux experts du CEMed.

Le 20 mars 2023, l'intimée est revenue sur ses propos, reconnaissant, après contrôle, que seules les pièces utiles, à savoir celles citées dans l'expertise, avaient été transmises par ses soins au CEMed. De nombreux autres documents, tels que les salaires par exemple, n'avaient pas à être transférés aux experts. L'intimée n'était plus en possession du dossier de l'OAI, à la suite d'un incendie dans ses locaux.

f. Le 6 avril 2023, le recourant en a tiré la conclusion que l'expertise était bel et bien lacunaire.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La modification du 21 juin 2019 de la LPGA entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2021 est applicable au litige, dès lors que le recours n'était pas encore pendant à cette date (art. 82a LPGA *a contrario*).
3. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), est recevable.
4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations pour accident au-delà du 30 septembre 2021, en particulier sur le point de savoir si son état de santé était stabilisé à cette date.

En matière d'assurance-accidents, la fin des prestations temporaires - soit les indemnités journalières et le droit au traitement - est si étroitement liée aux questions de la rente et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qu'on peut considérer que ces prestations forment un seul objet du litige (arrêt du Tribunal fédéral 8C_170/2015 du 29 septembre 2015 consid. 4.2). Dès lors que le recourant conteste la fin du droit aux indemnités journalières au 30 septembre 2021, on ne saurait admettre qu'il aurait, même implicitement, acquiescé à la négation de son droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

5. Les prestations suivantes sont prévues en cas d'accident.

5.1 En vertu de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident.

5.2 Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière 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 (al. 2). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGA), à 80% du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence.

5.3 Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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).

Conformément à 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. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par « une sensible amélioration de l'état de l'assuré ». Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se détermine notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme « sensible » par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minime que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2). En matière de physiothérapie, le Tribunal fédéral a précisé que le bénéfice que peut amener ce traitement ne fait pas obstacle à la clôture du cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_39/2018 du 11 juillet 2018 et les références). La prescription d'antalgiques n'exclut pas non plus la stabilisation de l'état de santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_93/2022 du 19 octobre 2022 consid. 4.2).

5.4 En vertu de l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (art. 25 al. 1 et 2 LAA). Cette indemnité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident et a le caractère d'une indemnité pour tort moral (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents,

FF 1976 III p. 171). Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1). Son évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent d'une part constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et d'autre part estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). Aux termes de l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA – RS 832.202), édicté conformément à la délégation de compétence contenue à l'art. 25 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité, pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'ordonnance (al. 2).

6. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA).

6.1 Le droit à des prestations d'assurance suppose entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle mais aussi adéquate (arrêt du Tribunal fédéral 8C_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1).

6.2 Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible. Elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier, sans quoi le droit aux prestations fondées sur l'accident doit être nié (arrêt du Tribunal fédéral 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). L'examen de l'existence de la causalité naturelle revient à se demander si l'accident a causé une aggravation durable de l'état maladif antérieur ou une nouvelle atteinte durable dans le sens d'un résultat pathologique sur la partie du corps déjà lésée. Le point de savoir si l'atteinte est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus doit être tranché en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 3.2). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.2).

6.3 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 125 V 456 consid. 5a). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb). En effet, en présence d'un trouble organique clair, l'assureur répond également des suites rares ou extraordinaires d'un accident (ATF 117 V 359 consid. 5d/bb). En revanche, lorsque des symptômes consécutifs à un accident ne sont pas objectivables du point de vue organique, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (arrêt du Tribunal fédéral 8C_565/2022 du 23 mai 2023 consid. 3.2).

6.3.1 En présence de troubles psychiques consécutifs à un accident, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Le degré de gravité d'un accident s'apprécie d'un point de vue objectif, en fonction de son déroulement; il ne faut pas s'attacher à la manière dont la victime a ressenti et assumé le choc traumatique. Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C_816/2012 du 4 septembre 2013 consid. 7.2 et les références).

En cas d'accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et des troubles psychiques peut en règle générale être niée d'emblée (ATF 140 V 356 consid. 5.3). Ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'un accident de peu de gravité peut constituer la cause adéquate d'une incapacité de travail et de gain d'origine psychique. Il faut alors que les conséquences immédiates de l'accident soient susceptibles d'avoir entraîné les troubles psychiques et que les critères applicables en cas d'accident de gravité moyenne se cumulent ou revêtent une intensité particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2008 du 24 avril 2009 consid. 5.2 et les références).

6.3.2 En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;

- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_729/2016 du 31 mars 2017 consid. 5.2 et les références).

Les critères d'adéquation entre un accident et des troubles psychiques sont également applicables à des syndromes douloureux non objectivables (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 5.2).

6.4 Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration, ou le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1).

L'existence d'un rapport de causalité adéquate entre l'événement assuré et l'atteinte à la santé est une question de droit (arrêt du Tribunal fédéral 8C_649/2019 du 4 novembre 2020 consid. 6.1.3).

Dans la mesure où le caractère naturel et le caractère adéquat du lien de causalité doivent être remplis cumulativement pour octroyer des prestations d'assurance-accidents, la jurisprudence admet de laisser ouverte la question du rapport de causalité naturelle dans les cas où ce lien ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 135 V 465 consid. 5.1).

7. Le CRPS est une pathologie neurologique, orthopédique et traumatologique et relève d'un trouble organique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_232/2012 du 27 septembre 2012 consid. 5.3.1).

7.1 Le CRPS est un terme générique pour désigner les tableaux cliniques qui touchent les extrémités. Il se développe après un événement dommageable et entraîne chez la personne concernée des douleurs persistantes accompagnées de troubles du système nerveux végétatif, de la sensibilité et de la motricité. Le CRPS I (anciennement appelé syndrome de Sudeck ou dystrophie sympathique réflexe) est une maladie du membre qui survient sans lésion nerveuse définie après un traumatisme relativement mineur sans rapport avec le territoire

d'innervation d'un nerf. Elle est divisée en trois stades : I, stade inflammatoire ; II, dystrophie ; III, atrophie (irréversible). Le CRPS II (anciennement appelé causalgie) se caractérise par des douleurs de type brûlures et des troubles du système nerveux sympathique résultant d'une lésion nerveuse périphérique définie. Les signes ou symptômes cliniques d'un CRPS sont des douleurs de type brûlures difficilement localisables (par exemple allodynie ou hyperalgésie), associées à des troubles sensitifs, moteurs et autonomes (entre autres œdèmes, troubles de la température et de la sécrétion sudorale, éventuellement troubles trophiques de la peau, modifications des ongles, augmentation locale de la croissance des poils). L'évolution peut se faire vers une résorption osseuse (déméralisation), une ankylose ainsi qu'une perte fonctionnelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_123/2018 du 18 septembre 2018 consid. 4.1.2). Ce sont les critères dits de Budapest qui fondent le diagnostic de CRPS (arrêt du Tribunal fédéral 8C_164/2020 du 1^{er} mars 2021 consid. 3). Les critères de Budapest sont les suivants : une douleur continue disproportionnée par rapport à l'événement déclenchant ; le patient doit rapporter au moins un symptôme dans trois des quatre catégories suivantes : sensorielle : hyperesthésie et/ou allodynie (a), vasomotrice : asymétrie de la température et/ou changement ou asymétrie de la coloration de la peau (b), sudomotrice/œdème : œdème et/ou changement ou asymétrie de la sudation (c), motrice/trophique : diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblements, dystonie) et/ou changements trophiques (poils, ongles, peau). Au moment de l'examen clinique, le patient doit démontrer au moins un signe clinique dans deux des quatre catégories suivantes : sensorielle : hyperalgésie (à la piquûre) et/ou allodynie (au toucher léger et/ou à la pression somatique profonde et/ou à la mobilisation articulaire) (a) ; vasomotrice : asymétrie de température et/ou changement ou asymétrie de coloration de la peau (b) ; sudomotrice/œdème : œdème et/ou changement/asymétrie au niveau de la sudation (c) ; motrice/trophique : diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblements, dystonie) et/ou changements trophiques (poils, ongles, peau) (let. d). De plus, aucun autre diagnostic ne doit mieux expliquer les signes et symptômes. Ces critères sont exclusivement cliniques et ne laissent que peu de place aux examens radiologiques (radiographie, scintigraphie, IRM) (arrêt de la Cour des assurances sociales du canton de Vaud AA 133/18 - 14/2020 du 27 janvier 2020 consid. 5a/aa et la littérature médicale citée).

7.2 Selon la pratique, il n'est pas nécessaire que le diagnostic de CRPS ait déjà été posé par les médecins dans les six à huit mois suivant l'accident pour qu'il soit considéré comme accidentel (arrêts du Tribunal fédéral 8C_714/2016 du 16 décembre 2016 consid. 4.1 et 8C_177/2016 du 22 juin 2016 consid. 4.3). Ce qui est déterminant pour admettre un lien de causalité naturelle entre l'accident et le CRPS est que des résultats médicaux recueillis en temps réel révèlent que l'assuré a présenté au moins une partie des symptômes typiques d'un CRPS durant la période de latence de six à huit semaines après l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_411/2017 du 17 juillet 2018 consid. 3.3.1, 8C_673/2017 du 27 mars

2018 consid. 5). Un CRPS peut également être admis comme étant la conséquence d'un accident lorsqu'il survient dans ce délai non pas après l'accident même, mais après une intervention chirurgicale nécessaire pour traiter les suites de cet accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1).

- 8.** Pour pouvoir trancher le droit aux prestations, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2).

8.1 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales, le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a, ATF 122 V 157 consid. 1c).

8.2 Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

8.3 S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et

les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

8.4 On précisera encore que l'avis du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de formuler des recommandations sur la suite à donner au dossier sur le plan médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1). Les rapports des SMR ne peuvent donc que se prononcer sur la question de savoir quelle appréciation doit être suivie (ATF 142 V 58 consid. 5.1).

- 9.** En l'espèce, il convient en premier lieu d'examiner si les expertises versées au dossier peuvent se voir reconnaître valeur probante.

9.1 S'agissant du rapport du Dr F_____, on note en premier lieu qu'il ne contient aucun diagnostic, ni d'ailleurs de conclusions expresses quant à la capacité de travail, bien que ce médecin paraisse implicitement l'exclure à la date de son examen en raison de la non stabilisation de l'état de santé. Ce rapport ne satisfait ainsi pas aux exigences dégagées par la jurisprudence. Par ailleurs, on s'étonne que ce médecin ne se soit pas prononcé sur l'algoneurodystrophie, tout en concluant à une amplification des symptômes, en référence notamment à une crise algique lors de son examen, dont il a décrit les manifestations. Or, celles-ci correspondent aux plaintes du recourant, et le Dr F_____ a constaté des sudations dans ce cadre. Il paraît difficilement concevable qu'un tel phénomène physiologique puisse être volontairement induit par le recourant, si bien que la notion d'amplification des symptômes peine à convaincre.

Partant, le rapport du Dr F_____ n'est guère probant.

9.2 En ce qui concerne l'examen du Dr H_____, on relève en premier lieu que celui-ci indique que le recourant aurait mimé un trouble de l'équilibre. Le fait qu'il retienne une simulation, sans aucune explication sur les éléments lui permettant d'exclure la réalité d'un tel trouble, suscite certains doutes quant à l'impartialité de ce médecin. Sur le fond, ce rhumatologue retient une algoneurodystrophie. Il expose cependant que cette atteinte serait au décours, sans expliquer ce qui fonde cette appréciation, et alors même qu'il rapporte une discoloration et un œdème du membre inférieur gauche. Cette pathologie n'avait ainsi pas disparu, à tout le moins pas entièrement, lors de cet examen. Quant à la portée du fait que le recourant ne prend pas de traitement, on ne saurait y voir un facteur d'exclusion de la gravité de l'atteinte, la Dresse I_____ ayant exposé que cette situation était due aux effets secondaires mal tolérés de la médication. Par ailleurs, le rapport du Dr H_____ ne convainc pas en tant qu'il évoque des

ressources importantes – ce point n'étant d'ailleurs pas nécessairement déterminant dans le cas d'une atteinte organique comme l'algoneurodystrophie. Au vu du descriptif des journées du recourant, qui indique passer l'essentiel de son temps assis avec sa tablette et la télévision en arrière-fond, sans vraiment y prêter attention, et qui doit déléguer toutes les tâches ménagères à ses parents ou à sa femme de ménage, on ne peut sérieusement se rallier à cette appréciation. Eu égard à l'absence quasiment totale d'activités sociales, hormis les repas occasionnels chez ses parents, on s'étonne également de lire que le recourant bénéficie d'une bonne intégration sociale. On peut en outre voir une certaine contradiction dans l'incapacité de travail partielle admise en raison des douleurs liées à l'algoneurodystrophie persistant à la date de l'examen et l'importante exagération des douleurs mentionnée. S'agissant du pronostic émis par le rhumatologue, on comprend par ailleurs mal en quoi la démonstrativité et l'exagération des symptômes – qui ne relèvent pas de facteurs médicaux à prendre en compte dans l'appréciation médico-théorique de la capacité de travail – pourraient avoir une influence sur la persistance de douleurs liées à une pathologie objectivée.

Au vu de ces éléments, le rapport du Dr H_____ ne suffit pas non plus à trancher la capacité de travail du recourant.

9.3 En ce qui concerne l'expertise du CEMed, la Cour de céans peut renoncer à trancher les griefs de nature formelle que le recourant soulève au sujet de la désignation des experts, au vu de ce qui suit.

Il convient de relever qu'il est avéré que les médecins qui l'ont établie n'ont pas eu accès à l'intégralité du dossier médical du recourant. Il n'est certes pas toujours indispensable qu'un expert dispose de tous les rapports médicaux concernant un expertisé, et on ne saurait pas non plus exiger qu'il commente chaque élément médical. Cependant, la connaissance des pièces importantes du dossier médical est une des exigences dégagées par la jurisprudence pour conférer valeur probante à un rapport médical. Elle est *a fortiori* incontournable lorsque, comme en l'espèce, les experts émettent des conclusions sur la capacité de travail sur une période remontant à plus de deux ans avant qu'ils n'aient ausculté le recourant, et alors même qu'aucun des médecins traitants n'a mentionné une évolution favorable depuis 2019. Ce seul élément est de nature à susciter de très sérieux doutes sur la valeur probante de cette expertise.

Sur le fond, en ce qui concerne les diagnostics, le Dr J_____ retient notamment un status après « probable algoneurodystrophie ». On comprend mal pourquoi il semble mettre en doute ce diagnostic, alors qu'il a été posé par plusieurs autres médecins et étayé par l'imagerie. En effet, tant les spécialistes de la CRR que le Prof. C_____, le Dr G_____ et la Dresse D_____ ont retenu cette pathologie. Il convient en outre de souligner que son co-expert, le Dr K_____, évoque lui sans réserve ce diagnostic, dont il constate des séquelles persistantes. Le rapport du CEMed est sur ce point intrinsèquement contradictoire, alors même que

l'expertise tridisciplinaire visait une appréciation consensuelle du cas. On observe en outre que les critères de Budapest ne sont pas formellement analysés dans cette expertise. A ce sujet, le Dr J_____ soutient qu'il n'y aurait pas de signes évidents d'algodystrophie, tout en constatant une hypoesthésie, une acrocyanose et une amyotrophie – que le Dr H_____ semblait d'ailleurs considérer comme un critère de gravité de la pathologie. Dans ces circonstances, on ne voit pas ce qui lui permet d'écarter ce diagnostic, même si ses manifestations se sont peut-être atténuées. Ainsi, le Dr J_____ ne peut être suivi en tant qu'il conclut à l'absence de cause somatique aux troubles, malgré les éléments diagnostiques objectifs en faveur d'une algoneurodystrophie. Le fait que le traitement n'ait pas eu d'effet ne suffit pas non plus à exclure une origine somatique des troubles, les experts ne soutenant pas qu'un traitement conduit dans les règles de l'art permettrait de guérir une algoneurodystrophie. De plus, on rappellera que dans le cas d'espèce, l'évolution de cette atteinte avait été qualifiée de lente par les médecins de la CRR. En ce qui concerne les incohérences plusieurs fois mentionnées, les experts n'exposent guère en quoi elles consisteraient, hormis la différence entre leur appréciation des troubles et celle du recourant. Enfin, comme on l'a vu, ils concluent à une capacité de travail entière dès le 4 octobre 2019, sans aucunement indiquer ce qui leur permet de retenir cette date. Certes, le Dr F_____ avait pronostiqué une stabilisation deux ans après l'apparition de l'atteinte dans son rapport de mars 2019. Cela étant, en matière d'assurance-accidents, la date à laquelle une atteinte accidentelle ne déploie plus d'effets ne peut être déterminée d'une manière abstraite et théorique en se référant au délai de guérison habituel d'une lésion, cela ne suffisant pas à établir au degré de la vraisemblance prépondérante l'extinction du lien de causalité en l'absence d'autres éléments objectifs dans le dossier médical (arrêts du Tribunal fédéral 8C_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.4 et 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 5). On peut appliquer ce principe par analogie en assurance-invalidité, et on ne saurait considérer une atteinte comme guérie par simple référence à sa durée usuelle de décours. En l'espèce, de tels éléments font défaut, les différents symptômes constatés suggérant au contraire que l'algoneurodystrophie n'a pas disparu. Les médecins du CEMed ne pouvaient ainsi se contenter de fixer l'exigibilité d'une reprise professionnelle uniquement en fonction du pronostic du Dr F_____. Ce pronostic a du reste été infirmé par le Dr H_____, qui admettait une incapacité de travail à tout le moins partielle lors de son examen en mai 2021, soit plus d'une année et demie plus tard. On notera d'ailleurs qu'au vu des traitements tentés par le Dr G_____ au début de l'année 2021, il n'y avait pas de stabilisation de l'état de santé selon la définition en matière d'assurance-accidents. Enfin, et surtout, dans la mesure où les experts du CEMed s'écartent des conclusions des autres médecins, en particulier celles du Dr H_____, qui sont elles fondées sur des observations médicales opérées en temps réel, ils ne pouvaient s'épargner de discuter de manière circonstanciée les motifs expliquant leurs divergences d'appréciation. Or, ils ne se prononcent absolument pas sur les autres rapports

médicaux et sur les raisons pour lesquelles ils s'en écartent. Leur rapport n'est ainsi pas motivé à satisfaction de droit.

Au vu de tous ces éléments, on ne saurait reconnaître de valeur probante à cette expertise.

On précisera encore que dès lors que l'algoneurodystrophie est un trouble de nature organique, il est inutile à ce stade de déterminer si les troubles du recourant sont en lien de causalité adéquate avec l'accident. Par ailleurs, les indicateurs développés par la jurisprudence pour apprécier l'incidence de troubles psychiques et de troubles sans étiologie somatique claire ne s'appliquent pas au vu de l'atteinte somatique, si bien qu'il est inutile à ce stade de se pencher de manière détaillée sur le volet psychiatrique de cette expertise. Au demeurant, le recourant n'est plus suivi par un psychiatre depuis novembre 2019, et les médecins traitants qu'il a consultés par la suite n'ont pas rapporté de trouble de la sphère psychique après cette date.

9.4 Le SMR s'est quant à lui écarté des conclusions du CEMed, ce qui tend à suggérer qu'il ne les considérait pas probantes. Comme le souligne à juste titre le recourant, au vu des prérogatives de ce service, il paraît douteux que celui-ci modifie de manière autonome les conclusions des experts. De plus, comme on l'a vu, des séquelles du CRPS persistaient lors de l'examen de décembre 2021, si bien qu'on ne peut suivre le SMR lorsqu'il affirme que cette atteinte avait disparu à cette date.

- 10.** Au vu des éléments qui précèdent, il n'existe pas d'avis médical probant permettant de trancher le droit aux prestations.

Lorsque le juge constate qu'une expertise est nécessaire, il doit en principe la mettre en œuvre lui-même. Un renvoi à l'administration reste cependant possible, par exemple lorsqu'il est justifié par l'examen d'un point qui n'a pas du tout été investigué (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). En l'espèce, au vu des carences des différents rapports établis, notamment celles formelles de l'expertise du CEMed, à qui l'intimée n'a pas transmis l'intégralité du dossier du recourant, un renvoi à l'intimée se justifie pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Celle-ci devra être confiée à un neurologue ou à un rhumatologue disposant de connaissances reconnues en matière de CRPS.

L'intimée devra ensuite rendre une nouvelle décision sur le droit aux prestations au-delà du 30 septembre 2021.

Compte tenu de la procédure A/3540/2022 opposant l'OAI au recourant devant la Cour de céans, qui se conclut également par le renvoi de la cause à cet office, pour des motifs identiques à ceux exposés ci-dessus, il serait judicieux que l'intimée et l'OAI se concertent et désignent le même expert, dans le respect de la procédure prévue à l'art. 44 LPGA dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022.

- 11.** Le recours est partiellement admis.

Le recourant a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 3'000.- (art. 61 let. g LPGA).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario*).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimée du 2 septembre 2022 en tant qu'elle met un terme aux prestations au 30 septembre 2021.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de dépens de CHF 3'000.-.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le