

S2 21 111

**ARRET DU 15 FÉVRIER 2024**

**Tribunal cantonal du Valais  
Cour des assurances sociales**

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Christophe Joris, juges ;  
Anaïs Mottiez, greffière

**en la cause**

**X** \_\_\_\_\_, recourant, représenté par Maître Michel De Palma, avocat, Sion

**contre**

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA),**  
intimée, représentée par Maître Didier Elsig, avocat, Lausanne

(art. 6 et 36 LAA ; diagnostic et causalité naturelle et adéquate d'un syndrome  
douloureux régional complexe)

## Faits

**A.** X \_\_\_\_\_, ressortissant polonais né le xx.xx1 1979, marié et père de trois enfants, dont deux mineurs, a effectué sa scolarité obligatoire en Pologne, où il a également suivi une formation de maçon/coffreur. Arrivé en Suisse en 2010, il y a obtenu les permis de ponts roulants, de cariste et de grutier. Dès le 10 juin 2019, il a travaillé en tant qu'ouvrier de la construction (grutier) à un taux de 100% auprès de l'entreprise A \_\_\_\_\_ SA, à B \_\_\_\_\_ (pièces CNA 1 et 73). A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA).

**B.** Le 15 juin 2020, l'assuré a glissé sur une marche en descendant un échafaudage et a chuté vers l'arrière avec réception sur la main gauche en extension, avant qu'une barre à mine de 15 kg lui tombe sur la face dorsale de la main (pièces CNA 1, 7 et 10). En raison de fortes douleurs, il a été pris en charge le jour même aux urgences de C \_\_\_\_\_, où une probable fracture du scaphoïde gauche a été diagnostiquée. Une IRM du poignet gauche réalisée le 30 juin suivant a toutefois permis d'exclure une fracture des os du carpe (pièces CNA 7 et 16).

Le 2 juillet 2020, la CNA a garanti à l'intéressé le versement des prestations d'assurance pour les suites de l'accident professionnel du 15 juin précédent et lui a reconnu un droit à une indemnité journalière de 228 fr. 10, au plus tôt dès le 18 juin 2020 (pièce CNA 8).

Une radiographie du poignet gauche effectuée le 1<sup>er</sup> septembre 2020 a confirmé l'absence de lésion traumatique osseuse ou articulaire (pièce CNA 22).

Dans un rapport du 8 septembre 2020, la Dresse D \_\_\_\_\_, cheffe de clinique adjointe à C \_\_\_\_\_, a relevé que l'assuré allait mieux malgré la persistance de douleurs en regard du scaphoïde en face palmaire, surtout à la flexion du poignet et à la palpation (pièce CNA 20).

Le 29 octobre 2020, la Dresse E \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main et orthopédie, a posé les diagnostics de contusion des faces palmaires et dorsales de la main gauche ainsi que de suspicion de souffrance du nerf médian au tunnel carpien post-traumatique gauche. Elle a relevé que l'évolution était globalement favorable avec une nette diminution des douleurs de la main, une mobilisation digitale complète et une absence d'œdème, mais qu'il subsistait un manque de force et une acroparesthésie. Elle a en outre précisé qu'une ENMG (électro-neuro-myographie) était prévue le

1<sup>er</sup> décembre suivant auprès du Dr F \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie (pièce CNA 28).

Le 1<sup>er</sup> décembre 2020, le Dr F \_\_\_\_\_ a indiqué que l'examen électrophysiologique avait démontré l'existence d'une neuropathie d'enclavement du médian gauche au tunnel carpien post-traumatique, associée à un degré de contusion nerveuse, en raison de laquelle il a préconisé une exploration en vue d'une neurolyse (pièce CNA 39).

Le 9 décembre 2020, la Dresse E \_\_\_\_\_ a réalisé une neurolyse du nerf médian au tunnel carpien à gauche. Dans un rapport du 24 mars suivant, elle a relevé que l'évolution postopératoire était défavorable et que l'état de santé de son patient s'était aggravé, celui-ci ressentant des douleurs jusqu'à la nuque et présentant des dysesthésies de toute la main ainsi qu'un manque de force. Cette spécialiste a ajouté qu'une IRM de la main gauche réalisée le 10 mars 2021 avait mis en évidence une contusion osseuse au niveau du 1<sup>er</sup> métacarpien, sans lésion osseuse ou inflammatoire, et a requis que le cas soit soumis au médecin d'arrondissement (pièces CNA 48 et 61).

Le 23 avril 2021, à l'issue d'un nouvel examen électro-clinique, le Dr F \_\_\_\_\_ a observé que celui-ci était similaire à l'examen effectué en préopératoire, avec des signes d'atteinte sensitivo-motrice myélinique du médian gauche au poignet. Il a estimé qu'il pouvait s'agir d'une récurrence précoce d'enclavement ou d'une lésion post-traumatique contusionnelle associée à une sidération en partie d'origine douloureuse et à une non-utilisation de la main gauche. Ce spécialiste a préconisé la réalisation d'une imagerie afin d'écartier une algoneurodystrophie (pièce CNA 68).

Dans une évaluation interdisciplinaire du 1<sup>er</sup> juin 2021, réalisée à la demande de la Dresse G \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement et spécialiste en médecine interne générale et médecine intensive, les Drs H \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, et I \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et rhumatologie, exerçant auprès de la J \_\_\_\_\_, ont relevé d'une part l'existence de discrètes séquelles sensitives dans le territoire du nerf médian à la main gauche, celles-ci étant compatibles avec les anomalies du médian enregistrées à l'ENMG du mois d'avril précédent, et d'autre part l'absence d'explication à l'atteinte diffuse sensitivomotrice avec impotence fonctionnelle motrice ou de substrat neurologique périphérique. Ils ont ajouté qu'au terme du bilan psychiatrique effectué par leur confrère spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le Dr K \_\_\_\_\_, aucun trouble psychiatrique n'avait été retenu, mais que deux éléments pouvaient constituer un facteur de surcharge donnant une forte tonalité symbolique à l'impotence ressentie par l'intéressé, à savoir l'hémi-parésie, sur

AVC, de son père et la maladie chromosomique de sa fille cadette, compliquée d'une malformation cardiaque et d'une lésion cérébrale ayant entraîné une hémiparésie à droite. Dans ce contexte, ces spécialistes ont indiqué qu'il n'y avait pas pour l'assuré de solution proprement médicale susceptible d'inverser la courbe évolutive et ont préconisé une orientation vers des mesures actives de réadaptation afin d'envisager la reprise d'une activité professionnelle à court terme (pièces CNA 76 et 85).

Le 7 juin 2021, la Dresse G \_\_\_\_\_ a retenu qu'il ne subsistait plus que des séquelles discrètes, purement sensitives, d'une atteinte traumatique du nerf médian gauche, de sorte que dès l'assessment réalisé auprès des médecins de la J \_\_\_\_\_ la capacité de travail de l'assuré était entière, sans limitation fonctionnelle, dans n'importe quelle activité (pièce CNA 77).

Par décision du 8 juin 2021, la CNA a mis fin aux prestations d'assurance (frais de traitement et indemnités journalières) au 24 juin suivant, faute de lien de causalité adéquate entre l'accident du 15 juin 2020 et les troubles persistants, qui n'étaient explicables par aucune cause organique. De plus, en l'absence de séquelles ayant un lien de causalité adéquate avec ledit accident, la CNA a dénié à l'intéressé tout droit à des prestations en espèces supplémentaires, sous la forme d'une rente d'invalidité et/ou d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (pièce CNA 82).

Le 22 juin 2021, le Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main, a posé les diagnostics de syndrome douloureux invalidant du poignet et de l'hémimain radiale gauche (Sudeck ?), de status après décompression du tunnel carpien gauche le 9 décembre 2020 avec persistance de troubles neurologiques et de status après contusion palmaire et dorsale de la radio-carpienne gauche le 15 juin 2020. Ce spécialiste a précisé que le syndrome douloureux était devenu invalidant avec des crampes et une forte diminution de la force. Afin d'exclure une algoneurodystrophie, il a préconisé la réalisation d'une scintigraphie-SPECT-CT du poignet et de la main gauches, laquelle était prévue le 1<sup>er</sup> juillet suivant (pièce CNA 93).

Le 30 juin 2021, l'assuré, représenté par les Syndicats Chrétiens de M \_\_\_\_\_, s'est opposé à la décision du 8 juin précédent, soutenant en substance qu'il était erroné de prétendre qu'il n'y avait plus de lien de causalité entre l'accident du 15 juin 2020 et ses problèmes de santé et que selon l'évaluation réalisée à la J \_\_\_\_\_, il présentait une capacité fonctionnelle de la main lésée de 23% par rapport à la main saine. Le 1<sup>er</sup> juillet suivant, l'intéressé a confirmé son mécontentement vis-à-vis de la décision rendue par la CNA (pièces CNA 95 et 100).

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> juillet 2021, le Dr N \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie et médecine nucléaire, a indiqué que la scintigraphie osseuse trois phases et SPECT-CT avait mis en évidence une maladie de Sudeck (syndrome douloureux régional complexe = SDRC) du poignet et de la main gauches, positive aux trois temps, en particulier en phase osseuse (pièce CNA 111).

Le 12 juillet 2021, le Dr F \_\_\_\_\_ a relevé que le tableau clinique comprenait, suite à un nouvel examen électro-clinique réalisé le 9 juillet précédent, des troubles sensitifs dans le territoire du médian gauche, mais surtout une impotence fonctionnelle douloureuse diffuse de la main gauche. Il a ajouté que la scintigraphie osseuse avait confirmé une algoneurodystrophie de Sudeck (SDRC) et a suggéré une prise en charge d'ergothérapie intensive (pièce CNA 107).

Le 13 juillet 2021, la Dresse E \_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution post-traumatique et post-opératoire était difficile et atypique et que son patient présentait des douleurs handicapantes de la main et du poignet gauches avec une quasi exclusion d'utilisation du membre supérieur gauche. Elle a posé le diagnostic de SDRC (maladie de Sudeck), confirmé par scintigraphie osseuse (pièce CNA 120).

Le 14 juillet 2021, le Dr L \_\_\_\_\_ a indiqué que la scintigraphie-SPECT-CT avait confirmé le diagnostic d'algoneurodystrophie de Sudeck et que le dernier examen du Dr F \_\_\_\_\_ n'avait montré aucune autre explication neurologique aux plaintes de l'assuré, de sorte que ce diagnostic était le plus probable (pièce CNA 108).

Le 20 juillet 2021, la Dresse G \_\_\_\_\_ a expliqué que la scintigraphie osseuse ne permettait pas de poser le diagnostic de SDRC, mais uniquement d'exclure d'autres pathologies, et que ce diagnostic se basait uniquement sur les critères dits de Budapest. Au vu du dossier, notamment de l'examen clinique du Dr L \_\_\_\_\_ du 22 juin 2021, la Dresse G \_\_\_\_\_ a estimé que ces critères n'étaient pas remplis (pas d'asymétrie de température et/ou de changement de couleur ou asymétrie de couleur, pas de composante sudo-moteur/cœdème, pas d'hyperpathie ou d'allodynie, pas de changement trophique et une différence de force clairement présente, mais qui pourrait trouver une autre explication). Au vu de l'absence de tout signe de SRDC et d'une explication alternative des troubles compatible compte tenu du contexte familial de l'intéressé, cette spécialiste a confirmé son avis du 7 juin précédent, lequel était fondé sur l'assessment réalisé par les médecins de la J \_\_\_\_\_ (pièce CNA 116).

Par décision sur opposition du 15 septembre 2021, la CNA a rejeté les griefs de l'intéressé et a confirmé sa décision du 8 juin précédent. Elle a notamment argué qu'au

vu des pièces médicales au dossier, les données objectives n'expliquaient pas les troubles persistants, que le diagnostic de SDRC n'était pas établi, les critères de Budapest faisant défaut, que l'assuré n'avait pas souffert, même partiellement, des symptômes typiques du SDRC dans les six à huit semaines après l'accident et que ce dernier adoptait un comportement d'auto-limitation et de sous-utilisation de son membre supérieur gauche. Faute d'élément médical permettant de mettre en doute l'avis de la Dresse G \_\_\_\_\_, la CNA a conclu qu'elle avait à bon droit mis fin au versement de ses prestations d'assurance (pièce CNA 141).

**C.** X \_\_\_\_\_, représenté par Me Michel De Palma, a recouru céans le 18 octobre 2021, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision sur opposition du 15 septembre précédent, à la poursuite du versement des prestations d'assurance-accidents au-delà du 24 juin 2021 et, subsidiairement, au renvoi de la cause à la CNA pour instruction complémentaire. Il a en substance soutenu que les rapports de ses médecins traitant, notamment ceux des Drs F \_\_\_\_\_, L \_\_\_\_\_ et N \_\_\_\_\_, lesquels retenaient le diagnostic de SDRC, devaient prévaloir sur ceux de la Dresse G \_\_\_\_\_, que ce diagnostic ne saurait non plus pas être écarté sur la base de l'avis des Drs H \_\_\_\_\_ et I \_\_\_\_\_, ces derniers n'étant pas spécialistes en psychiatrie, que les critères jurisprudentiels pour retenir un lien de causalité entre l'accident du 15 juin 2020 et un SDRC étaient remplis et que son cas n'était toujours pas stabilisé, de sorte que la CNA devait procéder à une instruction complémentaire afin de déterminer son droit à une rente d'invalidité et/ou à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il a notamment joint à son écriture d'une part un rapport du 11 octobre 2021 de O \_\_\_\_\_, physiothérapeute, qui a relevé que l'état de l'intéressé s'était aggravé au niveau de la sensibilité douloureuse, ce qui allait de pair avec une évolution vers un syndrome de Sudeck, et d'autre part un rapport du 14 octobre 2021 du Dr F \_\_\_\_\_, qui confirmait que le diagnostic de SDRC ne faisait pas de doute à ses yeux, au vu de la scintigraphie osseuse du 1<sup>er</sup> juillet précédent.

Dans sa réponse du 18 novembre 2021, l'intimée a argué que l'avis de la Dresse G \_\_\_\_\_ présentait une pleine valeur probante, de même que celui des Drs H \_\_\_\_\_ et I \_\_\_\_\_ sur lesquels elle s'était fondée, ces derniers ayant établi un avis interdisciplinaire à la suite, notamment, d'un examen auprès du Dr K \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et que ni les critères jurisprudentiels ni ceux de Budapest n'étaient remplis, étant précisé que ces derniers devaient prévaloir, de sorte qu'il n'était pas possible de retenir le diagnostic de SDRC. La CNA a ajouté qu'en l'absence de séquelles ayant un lien de causalité avec l'accident, c'était à juste titre

qu'elle n'avait alloué ni rente d'invalidité ni indemnité pour atteinte à l'intégrité au recourant. L'intimée a ainsi conclu au rejet du recours.

Le 13 décembre 2021, le recourant a produit un rapport du 5 novembre précédent du Dr P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, qui, au terme d'un examen clinique, a estimé que l'intéressé présentait de manière très probable un SDRC. Il a précisé que les trois premiers critères de Budapest étaient remplis (douleur continue et disproportionnée, symptômes et signes cliniques) et que toute la discussion se situait autour du quatrième critère, à savoir le diagnostic différentiel. Si ce spécialiste a admis que ce n'était pas l'irritation persistante du nerf médian au tunnel carpien qui pouvait expliquer un tel tableau clinique, il a cependant indiqué avoir déjà eu l'occasion de voir un tel tableau en présence d'un authentique SDRC, ce d'autant plus que la scintigraphie réalisée était en faveur de ce diagnostic. Fondé sur cet avis, le recourant a intégralement maintenu ses conclusions et a requis qu'une expertise soit mise en œuvre pour déterminer le lien de causalité entre l'accident du 15 juin 2020 et l'apparition du SDRC.

Le 4 février 2022, l'intimée a indiqué avoir transmis le rapport du Dr P\_\_\_\_\_ au Dr Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie et médecin-conseil auprès du centre de compétence de médecine des assurances. Dans un rapport du 26 janvier 2022, le Dr Q\_\_\_\_\_ a relevé que pour pouvoir retenir un lien de causalité pour le moins probable entre un SDRC et un accident, il devait y avoir un lien temporel plausible, que sur la base du dossier de l'assuré, un SDRC ne pouvait pas être admis avant l'opération de la main effectuée en décembre 2020 et qu'au vu de l'évolution post-opératoire, il fallait conclure à l'absence d'éléments pouvant étayer un SDRC jusqu'à fin mai 2021, de sorte que même si l'avis du Dr P\_\_\_\_\_ devait être considéré comme correct, ce dont il doutait, il n'y avait pas de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante entre le SDRC supposé et l'opération, faute de lien temporel plausible entre les deux. Sur la base de cet avis, la CNA a maintenu les conclusions prises dans son mémoire réponse.

Le 17 mars 2022, le recourant a déposé un rapport du 22 février 2022 des Drs P\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_, médecin-assistant, lesquels confirmaient le diagnostic secondaire de SDRC de la main et du poignet gauches avec attitude irréductible en flexion des doigts, les critères de Budapest étant à leur sens remplis. Ils ont conclu que la situation de l'assuré n'était pas stabilisée et qu'il présentait les limitations fonctionnelles provisoires suivantes : port de charges d'au maximum 5 kg, pas d'activités avec mouvements répétitifs et/ou prolongés et pas d'utilisation de la force avec le poignet et la main gauches. Fondé sur ce rapport, le recourant a maintenu sa demande d'expertise ainsi que ses conclusions.

L'échange d'écritures a été clos le 18 mars 2022.

### **Considérant en droit**

#### **1.**

**1.1** Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

Remis à la poste le 18 octobre 2021, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 15 septembre précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours compte tenu du report du délai échéant le samedi 16 octobre 2021 au lundi 18 octobre suivant (art. 38 al. 3 et 60 LPGA), et devant l'autorité compétente à raison du lieu et de la matière (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

#### **2.**

**2.1** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 24 juin 2021. Sont plus particulièrement litigieuses les questions de l'existence d'un SDRC à la main et au poignet gauches de l'intéressé, et, cas échéant, de l'admission d'un lien de causalité entre cette atteinte et l'évènement accidentel.

**2.2** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle et adéquate.

L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'évènement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la *conditio sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'évènement 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 en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le domaine des assurances sociales. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 123 V 102 ; 122 V 417 ; 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb).

**2.3** Les termes syndrome douloureux régional complexe (SDRC), algodystrophie ou maladie de Sudeck décrivent en médecine un tableau clinique post-traumatique qui se développe après un traumatisme et évolue rapidement vers des douleurs violentes à caractère brûlant et invalidant, auxquelles s'ajoutent des limitations fonctionnelles motrices et sensibles superficielles ou profondes. Il s'agit d'une entité syndromique dont le diagnostic repose sur des critères précis, dits de Budapest, excluant toute atteinte expliquant mieux les symptômes (Drs LUTHI/BUCHARD/CARDENAS/FAVRE/FÉDOU/FOLI/SAVOY/TURLAN/KONZELMANN, Syndrome douloureux régional complexe in : Revue Médicale Suisse, 2019, pp. 496-502). Dans un arrêt 8C\_416/2019 du 15 juillet 2020, le Tribunal fédéral a précisé que l'International Association for the Study of Pain (IASP) avait réalisé un consensus diagnostique aussi complet que possible avec la validation, en 2010, desdits critères, à savoir :

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

2. Au moins un symptôme dans trois (critères cliniques) ou quatre (critères recherche) des quatre catégories suivantes :
  - a. Sensoriel: le patient décrit une douleur qui évoque une hyperpathie et/ou une allodynie.
  - b. Vasomoteur: le patient décrit une asymétrie de température et/ou un changement de couleur et/ou une asymétrie de couleur.
  - c. Sudomoteur/oedème: le patient décrit un oedème et/ou une asymétrie de sudation.
  - d. Moteur/trophique: le patient décrit une raideur et/ou une dysfonction motrice (faiblesse, trémor, dystonie) et/ou un changement trophique (pilosité, ongles, peau).
3. Au moins un signe dans deux des catégories suivantes (critères cliniques et recherche) :
  - a. Sensoriel: confirmation d'une hyperpathie et/ou allodynie.
  - b. Vasomoteur: confirmation d'une asymétrie de température et/ou changement de couleur et/ou asymétrie de couleur.
  - c. Sudomoteur/oedème: confirmation d'un oedème et/ou asymétrie de sudation.
  - d. Moteur/trophique: confirmation d'une raideur et/ou dysfonction motrice (faiblesse, trémor, dystonie) et/ou changement trophique (pilosité, ongles, peau).
4. Il n'existe pas d'autre diagnostic qui explique de manière plus convaincante les symptômes et les signes cliniques.

Les critères ci-dessus sont exclusivement cliniques et ne laissent que peu de place aux examens radiologiques (radiographie, scintigraphie, IRM). L'utilisation de l'imagerie fait l'objet d'une controverse dans le milieu médical, mais garde un rôle notamment dans la recherche de diagnostics différentiels, ou lorsque les signes cliniques sont discrets ou incomplets ainsi que dans certaines formes atypiques (Drs DISERENS/VUADENS/GHIKAIN, Syndrome douloureux régional complexe: rôle du système nerveux central et implications pour la prise en charge, in *Revue médicale suisse* 2020, p. 886; LUTHI/KONZELMANN, Le syndrome douloureux régional complexe [algodystrophie] sous toutes ses formes, in *Revue médicale suisse* 2014, p. 271). En pratique, si les critères 1 à 3 sont remplis et que le critère 4 est respecté, on doit considérer que le patient souffre d'un SDRC ; toutefois la valeur prédictive positive n'est que de 76 %. Si les critères sont partiellement remplis, il faut poursuivre le diagnostic différentiel et réévaluer le patient.

Si les critères ne sont pas remplis, le patient a une probabilité quasi nulle d'avoir un SDRC (Drs LUTHI/BUCHARD/CARDENAS/FAVRE/FÉDOU/FOLI/SAVOY/TURLAN/KONZELMANN, op. cit., p. 498). Le SDRC est quatre fois plus fréquent chez la femme, le plus souvent au membre supérieur, avec une prédominance entre 50 et 70 ans. L'introduction des critères de Budapest a réduit de 50 % les diagnostics de SDRC (Drs DISERENS/VUADENS/GHIKAIN, op. cit., p. 885 s.).

**2.4** S'agissant de l'admission d'un lien de causalité entre un accident et une algodystrophie, le Tribunal fédéral a considéré, dans un arrêt 8C\_384/2009 du 5 janvier 2010 (cf. également arrêt du Tribunal fédéral 8C\_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 5), que trois conditions cumulatives devaient être remplies: 1° la preuve d'une lésion physique après un accident (p. ex. un hématome ou une enflure) ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident ; 2° l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (p. ex. état après un infarctus du myocarde, après une apoplexie, etc.) ; 3° une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie (au maximum six à huit semaines). Dans l'arrêt en question, le Tribunal fédéral a nié l'existence d'un rapport de causalité naturelle avec une probabilité prépondérante entre un accident et un SDRC, dès lors que le délai de latence entre l'accident et l'apparition du SDRC était supérieur à une année. Pour arriver à cette conclusion, le Tribunal fédéral s'est fondé sur un article médical (KIENER/KISSLING, Expertise et algodystrophie) paru en 1998 dans une brochure sur le SDRC (Algodystrophie, éditeurs BÄR/FELDER/KIENER) publiée par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) et Novartis.

Cette brochure a bénéficié d'un remaniement complet en 2013 afin de s'adapter aux nouvelles découvertes scientifiques et de tenir compte des nouvelles et importantes connaissances acquises sur la physiopathologie du SDRC (JÄNIG/SCHAUMANN/VOGT [éditeurs]). Dans un article paru dans ladite brochure, ses auteurs expliquent que la question de la causalité doit être résolue en étudiant en particulier l'évolution en fonction du temps et en prenant en compte les critères de Budapest ainsi que d'autres facteurs ayant marqué significativement le décours. Selon ces auteurs, ce n'est qu'une fois que l'expert a posé un diagnostic de SDRC qu'il faut, s'agissant de la causalité accidentelle, démontrer qu'une lésion corporelle de l'extrémité concernée s'est bien produite ; si tel est le cas, se pose alors la question de savoir si le SDRC est apparu durant la période de latence correspondante de six à huit semaines (SCHAUMANN/VOGT/BRUNNER, Expertise, in: SDRC Syndrome douloureux régional complexe, 2013, p. 130 s.). Cette période de latence de six à huit semaines ne constitue qu'une valeur empirique et ne fait

nullement l'objet d'un consensus médical. Au demeurant, elle a été proposée en 1998, soit avant que les critères diagnostiques du SDRC aient été établis. On ne saurait dès lors établir, sur le plan juridique, une règle absolue quant au délai dans lequel les symptômes du SDRC devraient se manifester (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_416/2019 précité consid. 5).

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

**2.5** Dans le domaine des assurances sociales, l'autorité fonde généralement sa décision 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 (ATF 135 V 39 consid. 6.1). 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 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 353 consid. 5b ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré ; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a).

L'autorité compétente 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_155/2012 du 9 janvier 2013 consid. 3.2 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-1472/2012 du 24 mars 2014 consid. 7.1.1 et C-6844/2011 du 5 juin 2013 consid. 7.1). Elle peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait (ATF

130 III 321 consid. 3.2 et 125 V 351 consid. 3a ; SVR 2007 IV n° 31 p 111 [I 455/06] consid. 4.1). Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_106/2011 du 14 octobre 2011 consid. 3.3). En particulier, une expertise sera mise en œuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5618/2012 précité consid. 7). Le cas échéant, l'autorité peut par ailleurs renoncer à l'administration d'une preuve, si elle acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourrait l'amener à modifier son opinion (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3. ; 130 II 425 consid. 2.1 et 125 I 127 consid. 6c/cc).

Il ne se justifie pas d'écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 4A\_172/2013 du 1er octobre 2013 consid. 3.5 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-4232/2011 du 17 juillet 2012 consid. 5 et C-3456/2010 du 23 janvier 2012 consid. 8). En ce qui concerne en particulier les documents produits par le service médical de l'assureur, le Tribunal fédéral n'exclut pas que ce dernier ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci (ATF 122 V 157 consid. 1d). En revanche, lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'article 44 LPG, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 ; 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'article 44 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées).

Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve objectivement et indépendamment de leur origine décider si les pièces à disposition permettent de procéder à une appréciation fiable des prétentions litigieuses. En présence de rapports médicaux contradictoires, il ne peut notamment pas trancher le litige sans apprécier toutes les pièces médicales et exposer les motifs pour lesquels il se fonde sur un avis médical plutôt que sur un autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport

médical, il est déterminant de savoir si cet acte est complet compte tenu des droits contestés, s'il est fondé sur des examens approfondis en tous points, s'il tient compte des affections dont se plaint l'intéressé, s'il a été établi en connaissance de l'anamnèse, si l'exposé du contexte médical est cohérent, voire si l'appréciation de la situation médicale est claire, et si les conclusions de l'expert sont dûment motivées. N'est donc en soi déterminante pour la valeur probante d'un moyen de preuve ni la provenance d'une prise de position reçue ou demandée par le biais d'un mandat ni sa désignation en tant que rapport ou expertise. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète et approfondie, elle ne saurait être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Il ne peut en aller différemment que si lesdits médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_543/2011 du 19 janvier 2012 consid. 2.3.1). De plus, on rappellera que la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U 438 p. 345).

### **3.**

**3.1** En l'occurrence, le recourant soutient, sur la base des avis des Drs E \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main et orthopédie, F \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, N \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie et médecine nucléaire, L \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main, P \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et R \_\_\_\_\_, médecin-assistant, qu'il présente un syndrome douloureux régional complexe (SDRC) de la main et du poignet gauches, qui serait en lien de causalité naturelle et adéquate avec son accident du 15 juin 2020. L'intimée nie quant à elle tant l'existence de ce diagnostic que son lien de causalité avec l'événement accidentel, en se fondant sur les avis des Drs H \_\_\_\_\_ et I \_\_\_\_\_, spécialistes FMH en neurologie, respectivement en médecine interne générale et rhumatologie auprès de la J \_\_\_\_\_, G \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement et spécialiste en médecine interne générale et médecine intensive, et Q \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie et médecin-conseil auprès du centre de compétence de médecine des assurances.

**3.2** S'agissant de l'existence d'un SDRC, la jurisprudence rappelée ci-dessus (cf. *supra* consid. 2.3) est claire quant au fait qu'il s'agit d'une entité syndromique dont le diagnostic repose sur des critères précis, dits de Budapest, excluant toute atteinte expliquant mieux les symptômes.

**3.2.1** A la lecture du dossier, force est de constater que seuls la Dresse G \_\_\_\_\_ et les Drs P \_\_\_\_\_ et R \_\_\_\_\_ ont réellement procédé à l'analyse de ces critères. En effet, la Cour relève que tant la Dresse E \_\_\_\_\_ (cf rapport du 13 juillet 2021), que les Drs F \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 12 juillet 2021), N \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 1<sup>er</sup> juillet 2021) et L \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 14 juillet 2021), se fondent uniquement sur la scintigraphie osseuse du 1<sup>er</sup> juillet 2021 pour retenir le diagnostic de SDRC, ce qui est insuffisant selon la jurisprudence topique (cf. *supra* consid. 2.3). Quant au Dr Q \_\_\_\_\_, il se contente, dans son rapport du 26 janvier 2021, de mettre en doute le diagnostic posé par le Dr P \_\_\_\_\_, sans toutefois développer son propos, et de nier un lien de causalité temporelle entre un éventuel SDRC et l'événement accidentel, sans analyser en détail les critères de Budapest.

**3.2.2** Concernant la Dresse G \_\_\_\_\_, il ressort de son rapport du 20 juillet 2021 qu'elle a repris l'ensemble des différents avis médicaux au dossier, avant de procéder à une appréciation détaillée de ces informations. Cela étant, sur la base du status clinique arrêté par le Dr L \_\_\_\_\_ le 22 juin 2021 (« La main gauche est très légèrement plus pâle et cyanosée qu'à droite, notamment la face palmaire des 4 premiers rayons. Pas de nette tuméfaction ni de moiteur. Plis cutanés préservés. »), cette spécialiste a retenu que les critères de Budapest n'étaient pas remplis. A cet égard, elle a précisé qu'en l'absence de prise de température systématique des deux mains, le critère d'asymétrie de température et/ou de changement de couleur ou asymétrie de couleur ne pouvait pas être retenu, une main gauche légèrement plus pâle ne pouvant pas être retenue comme un critère valable, que la composante sudo/moteur était exclue en l'absence de moiteur, que s'agissant de la partie sensorielle, le tableau clinique retenait une douleur évoquant une hyperpathie ou une allodynie alors que l'assuré présentait au contraire une hypoesthésie globale de tout son membre supérieur gauche et que l'élément moteur/trophique n'était pas non plus présent, la différence de force pouvant trouver une autre explication. La Dresse G \_\_\_\_\_ a ajouté que la scintigraphie osseuse ne permettait pas non plus de poser le diagnostic de SDRC selon la littérature topique. S'agissant enfin du quatrième critère (pas d'autre diagnostic qui explique de manière plus convaincante les symptômes et les signes cliniques), cette spécialiste a retenu qu'une explication alternative existait au vu du contexte socio-familial de l'intéressé. En

effet, l'évaluation interdisciplinaire du 1<sup>er</sup> juin 2021 des Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_, lesquels se sont notamment fondés sur le bilan psychiatrique effectué par leur confrère spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le Dr K\_\_\_\_\_, met en évidence que si aucun trouble psychiatrique n'a été reconnu, deux éléments pouvaient en revanche constituer un facteur de surcharge donnant une forte tonalité symbolique à l'impotence ressentie par l'intéressé, à savoir l'hémiplégie, sur AVC, de son père et la maladie chromosomique de sa fille cadette, compliquée d'une malformation cardiaque et d'une lésion cérébrale ayant entraîné une hémiplégie à droite. La Dresse G\_\_\_\_\_ a ainsi conclu qu'il n'était pas possible de retenir le diagnostic de SDRC.

**3.2.3** S'agissant du Dr P\_\_\_\_\_, il ressort de son rapport du 5 novembre 2021, confirmé dans un rapport du 22 février suivant rédigé avec le Dr R\_\_\_\_\_, qu'il a repris la majorité des avis médicaux figurant au dossier, avant de décrire les plaintes de l'assuré et de procéder à un examen clinique complet. Ce spécialiste a ensuite analysé de manière détaillée les critères de Budapest. A cet égard, il a relevé que le critère n°1, soit la douleur continue et disproportionnée par rapport à l'événement initial était manifestement rempli, chez un assuré avec une région atteinte plus importante que le traumatisme initial et une aggravation des troubles par l'exercice physique. S'agissant du critère n°2, soit les symptômes, il a indiqué que l'intéressé présentait 12 symptômes dans les quatre catégories (une allodynie à la pression appuyée, une allodynie lors des mouvements articulaires, une main plus froide, des changements de couleur, un œdème, une augmentation de la sudation, une diminution des mobilités articulaires, un tremblement, une attitude dystonique, une faiblesse, moins de poils et une hyperkératose), de sorte qu'il était rempli. Concernant les signes cliniques, le Dr P\_\_\_\_\_ en a trouvé 10 dans les trois catégories (une allodynie à la pression appuyée, une allodynie lors des mouvements articulaires, un œdème de 2,5 cm de plus, une augmentation de la sudation nette au niveau de la paume de la main mais aussi sur les doigts, une diminution des mobilités articulaires, un tremblement essentiellement du pouce et des premiers doigts, une attitude dystonique, une faiblesse, moins de poils et une hyperkératose tout à fait inhabituelle sur le dos de la main). Enfin, s'agissant du dernier critère, il a relevé que l'irritation persistante du nerf médian au tunnel carpien n'expliquait pas ce tableau clinique et que même si ce dernier était atypique, il n'en demeurait pas moins compatible avec un SDRC. Au demeurant, le Dr P\_\_\_\_\_ a ajouté que la scintigraphie osseuse était vraiment en faveur d'un SDRC, même si elle ne faisait pas partie du diagnostic positif. Il a ainsi conclu que l'intéressé présentait de manière très probable un SDRC.

**3.3** Ainsi, en l'état du dossier et au vu des rapports motivés de manière détaillée, mais dont les conclusions sont diamétralement opposées, rendus par la Dresse G \_\_\_\_\_ et les Drs P \_\_\_\_\_ et R \_\_\_\_\_ à seulement quelques mois d'intervalle, la Cour de céans considère que l'instruction médicale est insuffisante et qu'un doute subsiste quant à l'existence ou non d'un SDRC à la main et au poignet gauches. A cela s'ajoute que la question du délai de latence entre l'accident et l'apparition d'un éventuel SDRC n'a pas été instruite à satisfaction de droit, seul le Dr Q \_\_\_\_\_ en ayant discuté dans son rapport du 26 janvier 2022. La CNA aurait dès lors dû remédier à son instruction lacunaire et ne pouvait pas attendre du Tribunal qu'il la complète à sa place. Partant, il convient de renvoyer le dossier à l'autorité intimée pour instruction complémentaire conformément à ce qui précède, puis nouvelle décision sur ce point. Si un SDRC devait être établi à l'issue de ce complément d'instruction, il appartiendra en outre à l'intimée d'examiner l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre ce diagnostic et l'accident du 15 juin 2020 selon les critères rappelés ci-dessus (cf. *supra* consid. 2.4) et, cas échéant, d'examiner à nouveau le droit du recourant à des prestations d'assurance.

#### **4.**

**4.1** Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. <sup>f</sup>bis LPGA), la loi spéciale, en l'occurrence la LAA, ne prévoyant pas le prélèvement de frais.

**4.2** La partie recourante est réputée avoir obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGA) lorsque, dans la procédure judiciaire cantonale portant sur des prestations d'assurance sociale, la décision administrative est annulée et la cause renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire puis nouvelle décision (ATF 137 V 57 consid. 2.1 et 132 V 215 consid. 6).

Selon les articles 61 lettre g LPGA et 91 alinéa 1 LPJA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal ; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige. L'autorité cantonale chargée de fixer l'indemnité de dépens jouit d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 111 V 49 consid. 4a ; 110 V 365 consid. 3c ; SVR 2001 AHV n° 4 p. 12 consid. 3b).

Aux termes de l'article 27 alinéa 1 de la loi fixant le tarif des frais et dépens devant les autorités judiciaires ou administratives (LTar ; RS/VS 173.8), les honoraires sont fixés d'après la nature et l'importance de la cause, ses difficultés, l'ampleur du travail, le temps utilement consacré par le conseil juridique, et la situation financière des parties. D'une façon générale, le juge est en mesure de se rendre compte de la nature et de l'ampleur

des opérations que le procès a nécessitées (ATF 139 V 496 consid. 5.1). Il ne prend en compte que le temps utilisé par l'avocat qui s'inscrit raisonnablement dans le cadre de l'accomplissement de sa tâche (ATF 109 la 107 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 5D\_54/2014 du 1er juillet 2014 consid. 2.2 ; RVJ 2009 160 consid. 5a). La durée de l'activité utilement déployée par un avocat diligent est appréciée en procédant par estimation, en fonction du cours ordinaire des choses et de l'expérience de la vie (RVJ 1994 153 consid. 3c). Devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, les honoraires sont fixés entre 550 fr. et 11 000 fr. (art. 40 al. 1 LTar) selon l'importance et la complexité du litige et non pas en fonction de la liste des opérations de l'avocat de choix, d'une association ou d'une protection juridique. La LTar consacre le principe de l'évaluation globale des dépens (art. 4 al. 1 et art. 27 al. 4 LTar), laissant dans ce cadre à l'autorité ou au juge un large pouvoir d'appréciation qui doit néanmoins être exercé dans les limites fixées par la loi.

Dans le cas d'espèce, le mandataire du recourant a produit un recours de 20 pages, une réplique de 7 pages et une détermination supplémentaire de 4 pages, le tout accompagné d'une cinquantaine de copies. Au vu de l'activité utile déployée par le mandataire du recourant, notamment de la teneur des pièces de procédure déposées (soit les rapports du Dr P\_\_\_\_\_), de la complexité moyenne de l'affaire et de l'ampleur du dossier, la Cour fixe les honoraires du mandataire à un montant arrondi de 2000 francs, débours et TVA compris.

### **Prononce**

1. Le recours est admis, la décision sur opposition du 15 septembre 2021 annulée et le dossier renvoyé à l'intimée pour complément d'instruction au sens du considérant 3.3.
2. Il n'est pas perçu de frais.
3. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) versera à X \_\_\_\_\_ une indemnité de 2000 francs pour ses dépens.

Sion, le 15 février 2024