

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 juillet 2022

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Di Ferro Demierre et M. Métral, juges
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

W._____, à [...] (PT), recourant, représenté par Me Alain Imhof, avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 19 al. 1 LAA.

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a été victime d'un accident le 29 novembre 2011, soit l'écrasement de son pied gauche par la chute d'une plaque métallique, ensuite duquel il a perçu des indemnités journalières de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) qui l'assurait contre le risque d'accident.

Dans son rapport d'examen final du 21 octobre 2019, la Dre T._____, médecin praticien et médecin d'arrondissement de la CNA, a retenu que l'assuré présentait des douleurs du médio-pied avec une arthrose modérément active de l'articulation C2-C3 et une arthrose de la base M3-M4 visible à la scintigraphie en présence d'une arthrodèse C3-M3, ainsi que C2-M2 et C1-M1, dans les suites d'un traumatisme du pied gauche le 29 novembre 2011, avec fracture multifragmentaire de la diaphyse peu déplacée du 1^{er} métatarsien, fracture de la base du 3^{ème} métatarsien et fracture du cunéiforme médial. Elle a constaté que la situation était stabilisée sur le plan médical et que l'incapacité de travail de l'assuré dans l'activité habituelle de maçon était complète et définitive. En revanche, une pleine capacité de travail était envisageable dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir pas de marche répétée prolongée, pas de marche en terrains irréguliers, pas d'activité nécessitant la montée ou descente d'escaliers, d'échelles ou d'échafaudages, pas d'activité en position stationnaire debout, pas de port de charges lourdes supérieures à 10 ou 15 kg, pas d'activité nécessitant la position accroupie ou à genoux de manière prolongée répétée. Par estimation du même jour, cette médecin a évalué le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) à 15 %.

Le 18 novembre 2019, la CNA a informé l'assuré que vu la stabilisation de son état de santé, elle mettait un terme au paiement des indemnités journalières et des soins médicaux au 31 décembre 2019 et allait examiner son droit à d'autres prestations.

Par décision du 7 janvier 2020, confirmée par décision sur opposition du 9 septembre 2020, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 11 % dès le 1^{er} janvier 2020 et lui a octroyé une IPAI correspondant à un taux de 15 %.

B. Parallèlement, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a alloué, par décision du 19 novembre 2020, une rente entière à l'assuré du 1^{er} juillet 2014 au 31 janvier 2020, lui reconnaissant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 21 octobre 2019 (et un degré d'invalidité de 10 % insuffisant au maintien d'une rente).

C. Par courrier du 17 août 2020, le Dr J._____, médecin généraliste, a adressé l'assuré au Service d'orthopédie du Centre hospitalier H._____ (ci-après : le Centre hospitalier H._____) pour réévaluation clinique et proposition orthopédique, en raison d'une tuméfaction fluctuante vespérale du dos du pied gauche avec écoulement lactescent par un pertuis.

Dans un rapport du 28 octobre 2020, le Dr F._____, médecin assistant au Département de l'appareil locomoteur, Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier H._____, a indiqué avoir vu l'assuré en raison d'un pied qui présentait une rougeur fluctuante, associée à des douleurs légères mais handicapantes, et, durant le mois d'août, une tuméfaction fluctuante en regard de la cicatrice dorsale du pied avec écoulement qui était refermé le jour de l'examen. Il n'y avait pas eu d'état fébrile. Il a précisé qu'au status, la cicatrice était calme, le pied globalement rouge, sans chaleur, avec une douleur diffuse en palpation du médio-pied ; la voute plantaire était sans particularité, mais la flexion des orteils était douloureuse en dorsal du médio-pied. Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) avait été demandée afin d'exclure une ostéomyélite.

L'assuré a ensuite consulté le 2 décembre 2020 le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de

l'appareil locomoteur et chef de clinique du Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier H._____, et la Dre G._____, médecin associée dans ledit service, qui ont procédé à des examens complémentaires. Dans un rapport du 28 décembre 2020, ces médecins ont conclu à l'absence d'ostéomyélite, sous réserve des artéfacts liés aux fragments de vis résiduels, et ont indiqué ne pas avoir de proposition de traitement chirurgical chez ce patient, ses douleurs résiduelles pouvant être soulagées à l'aide de supports plantaires avec soutien de la voûte plantaire. Ils ont ajouté que dans la mesure où ils ne proposaient pas de traitement chirurgical, le patient devrait être réévalué par la CNA afin d'établir un potentiel de retour à son activité ou de réorientation socio-professionnelle.

Dans son évaluation du 4 janvier 2021, la Dre T._____ a constaté que l'assuré avait présenté une aggravation notable/rechute de son état de santé qui avait nécessité des investigations, mais qu'une ostéomyélite avait finalement été exclue et que son état de santé était en l'état superposable à celui qui prévalait lors de l'examen final du 21 octobre 2019. Il n'y avait plus de traitement à prévoir pour l'instant. Elle a précisé, le 15 janvier 2021, que l'aggravation notable de l'état de santé avait prévalu jusqu'à la consultation du Centre hospitalier H._____ du 2 décembre 2020 ; dès le 3 décembre 2020, l'état de santé était superposable à celui qui prévalait lors de l'examen final du 21 octobre 2019. Au vu du rapport de consultation détaillé du Centre hospitalier H._____ du mois de décembre 2020, il n'y avait pas lieu de reconvoquer l'assuré pour un nouvel examen.

Par courrier du 8 février 2021, la CNA a indiqué à l'assuré prendre en charge la rechute annoncée à partir du 17 août 2020 jusqu'au 2 décembre 2020, la guérison de l'assuré étant suffisamment avancée pour lui permettre de reprendre une activité professionnelle dès le 3 décembre 2020. Par conséquent, elle mettait fin, avec effet au 2 décembre 2020 au soir, au paiement des indemnités journalières et des frais de traitement. A compter du 3 décembre 2020, ses prestations en espèces se limiteraient donc à la rente octroyée à l'époque.

L'assuré a consulté, le 11 février 2021, les Dres G. _____ et S. _____, médecin assistante au Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier H. _____. Dans un rapport du 16 février 2021, elles ont confirmé qu'il n'y avait pas de traitement chirurgical à proposer à l'assuré, précisant qu'il bénéficierait d'un appareillage de son pied gauche et pourrait porter des chaussures de série avec un talon amortisseur et une barre de déroulement, muni d'un lit plantaire avec un support rigide de la voûte longitudinale. Elles sollicitaient de la CNA la reconsidération du financement de ces appareillages pour permettre au patient un meilleur confort quotidien et une reprise d'activité professionnelle adaptée.

Sollicitée pour avis, la Dre T. _____ a indiqué, le 22 février 2021, que ces éléments ne modifiaient pas son appréciation précédente mais que les propositions thérapeutiques formulées le 11 février 2021 faisaient partie du traitement à long terme.

L'assuré, représenté par l'avocat Alain Imhof, a contesté la fin du paiement des indemnités journalières par courrier du 21 avril 2021. Le 22 juin 2021, il a produit un rapport médical établi le 22 avril 2021 par la Dre R. _____, médecin généraliste de l'intéressé depuis le 11 novembre 2020, qui rappelait que l'assuré avait présenté un traumatisme de son pied gauche survenu le 29 novembre 2011, à l'origine d'une fracture multiple. Malgré plusieurs prises en charge chirurgicales, le patient n'avait pu revenir à son état antérieur, puisqu'il conservait une incapacité de travail totale. Ce patient présentait une boiterie antalgique, mais également des douleurs au repos invalidantes, malgré la prise d'antalgiques régulière. La médecin se référait à l'évaluation faite le 2 décembre 2020 par le Service d'orthopédie du Centre hospitalier H. _____ qui avait conclu à une impossibilité d'amélioration clinique par traitement chirurgical ou conservateur, avec réévaluation de sa capacité de retour à une activité professionnelle. Elle concluait que ce patient présentait des limitations fonctionnelles en rapport avec son traumatisme du pied gauche, qui ne lui permettaient pas de reprendre une activité professionnelle.

Dans une appréciation médicale du 9 juillet 2021, communiquée par la CNA à l'assuré le 13 juillet 2021 avec la précision que le contenu de son courrier du 8 février 2021 était maintenu, la Dre T._____ a notamment constaté ce qui suit :

« Dans le rapport de consultation du Centre hospitalier H._____ du 02.12.2020, il était rappelé les diagnostics, les antécédents et rappelé que l'assuré était en incapacité de travail et qu'il exerçait la profession de maçon avant son accident. Le status est très détaillé, il montre un pied qui est calme, sans rougeur, sans différence de chaleur et pas de signe de surinfection locale. Il n'y avait pas non plus de troubles neuro-vasculaires. Les cicatrices étaient calmes et propres. La palpation des différents reliefs osseux du médio-pied était douloureuse. L'arrière-pied est en léger valgus de 5°, l'articulation sous-talienne libre. Il n'y avait pas de laxité de cheville, le Chopart était enraidé et légèrement douloureux. Au niveau du médio-pied, la voûte longitudinale était normale et normo-axée, le Lisfranc était bloqué et ne présentait pas de fausse mobilité. Le premier rayon normo-axé sans déformation des rayons latéraux. Pas de bursite, point d'appui aux cicatrices. MTP en flexion à 40-0-20°. MTP latérale libre. Pas de troubles neuro-vasculaires. Il est décrit les différents examens réalisés à savoir des radiographies en charge, une IRM du pied G effectuée le 29.11.2020 qui avait permis d'exclure une ostéomyélite sous réserve des artéfacts liés aux fragments de vis résiduels. Il était mentionné qu'aucun traitement chirurgical ne pouvait être proposé à cet assuré et que les douleurs résiduelles pouvaient être soulagées à l'aide de supports plantaires avec maintien de la voute plantaire qui étaient prescrits lors de la consultation. Il était demandé que l'assuré soit réévalué par les collègues de la Suva afin d'établir un potentiel retour à son activité ou une réorientation professionnelle.

Nous avons dès lors retenu que l'état de santé était revenu à celui qui prévalait lors de notre examen final du 21.10.2019, dès le 03.12.2020. En effet, à l'anamnèse il n'y avait pas d'élément divergent par rapport à l'examen du 21.10.2019 et le status était superposable. Quant aux médecins du Centre hospitalier H._____, ils retenaient qu'il n'y avait pas de traitement chirurgical ou médical qui puisse améliorer de manière notable l'état de santé de cet assuré, seuls des supports plantaires étaient prescrits ce que nous avons admis comme faisant partie du traitement à long terme lors de notre appréciation du 22.02.2021.

Me Imhof nous fait parvenir, dans son courrier du 22.06.2021, un certificat médical du 22.04.2021 du Dr R._____ qui ne connaît l'assuré que depuis le 11.11.2020. Il rappelle les antécédents de cet assuré et mentionne que l'assuré présente une boiterie antalgique mais également des douleurs au repos invalidantes malgré la prise d'antalgiques régulière. Sur ce point nous avons précisé l'intensité des douleurs que ressentait l'assuré et rappelons que, dans le rapport de consultation du 28.10.2020, l'assuré rapportait un pied G avec rougeur fluctuante, associée à des douleurs légères mais

handicapantes et qu'il présentait durant le mois d'août une tuméfaction fluctuante en regard de la cicatrice dorsale du pied avec écoulement.

Il n'y a pas donc pas eu d'aggravation des douleurs contrairement à ce que laisse entendre Me Imhof. Le status est parfaitement superposable à celui qui prévalait en date du 21.10.2019 et l'évaluation par le service de chirurgie orthopédique du Centre hospitalier H._____ du 02.12.2020 confirme que l'état de santé est stabilisé. Dès lors, au vu d'une aggravation aiguë de l'état de santé (suspicion d'une ostéomyélite) nous pouvons retenir que cette aggravation aiguë n'a pas été durable. Les médecins du Centre hospitalier H._____ préconisaient de réexaminer un retour éventuel au travail dans l'activité antérieure et si non d'envisager une réorientation professionnelle. Nous rappelons que lors de notre examen final, nous avons retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans l'activité de maçon mais une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, sans diminution de rendement, sous respect strictes (sic) des limitations fonctionnelles décrites.

Le Dr R._____ mentionne que l'assuré présente des limitations fonctionnelles en rapport avec son traumatisme du pied G qui pour lui ne lui permettent pas reprendre une activité professionnelle. Le médecin traitant n'évoque pas de possibilités de reprendre une activité professionnelle dans un poste adapté. Il n'évoque pas cette possibilité et n'explique pas les raisons pour lesquelles l'assuré ne pourrait pas reprendre une telle activité professionnelle.

Au vu de ce qui précède, nous pouvons donc dire que les conclusions qui figurent dans notre bilan final du 21.10.2019 sont toujours parfaitement valables dès le 03.12.2020. Le courrier de Me Imhof du 22.06.2021 tout comme le certificat médical du Dr R._____ du 22.04.2021 ne modifiant pas notre appréciation, faute d'élément médical nouveau ou étayé. Les médecins du Centre hospitalier H._____ qui connaissent l'assuré depuis de nombreuses années préconisaient d'examiner une reprise de l'activité habituelle ou d'envisager une réorientation professionnelle. Il ne (sic) pas d'une incapacité de travail totale dans toutes activités. »

Le 13 août 2021, l'assuré a versé au dossier une attestation d'incapacité de travail pour une durée indéterminée établie par la Dre R._____. Cette dernière a précisé, dans un rapport du 2 septembre 2021, que l'incapacité de travail était due à des douleurs chroniques du pied gauche post traumatiques, avec une augmentation de la douleur depuis plusieurs jours, ajoutant qu'il n'y avait pas de traumatisme récent sur le plan clinique, ni de signe en faveur d'une crise inflammatoire. Un traitement inflammatoire lui était proposé en fonction de la douleur.

La Dre T._____ a indiqué, le 13 septembre 2021, que ce rapport n'apportait pas d'élément médical nouveau, de sorte que la CNA a avisé l'assuré par courrier du même jour que les documents médicaux ne modifiaient en rien le contenu de son avis du 8 février 2021.

Par courrier du 24 septembre 2021, l'assuré a conclu qu'il n'était plus en mesure d'exercer son activité habituelle et qu'il devait se réadapter professionnellement. Or, se référant à un arrêt du Tribunal fédéral (TF 8C_173/2008 du 20 août 2008 consid. 2.3), il a constaté que la CNA ne l'avait jamais invité à se mettre à la recherche d'un travail adapté tenant compte de ses limitations fonctionnelles et ne lui avait pas accordé une période transitoire appropriée pour trouver un emploi.

Par décision du 1^{er} octobre 2021, la CNA a confirmé mettre un terme au paiement des indemnités journalières et des frais de traitement au 2 décembre 2020. L'assuré y a fait opposition en sollicitant le versement des indemnités journalières pendant une période de cinq mois supplémentaires à titre de période transitoire. La CNA a rejeté l'opposition par décision sur opposition du 6 janvier 2022 en indiquant que la jurisprudence dont se prévalait l'assuré ne s'appliquait pas en l'espèce.

D. Dans l'intervalle, par projet de décision du 6 octobre 2021, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur une nouvelle demande déposée le 18 novembre 2020, dès lors qu'aucun changement n'était rendu plausible à la suite de la dernière décision du 19 novembre 2020 accordant une rente limitée dans le temps.

E. Par acte du 7 février 2022, W._____, toujours représenté par son conseil, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 6 janvier 2022. Il a conclu à sa réforme en ce sens qu'il a droit à des indemnités journalières pour une période intermédiaire d'adaptation d'une durée de cinq mois, calculée sur la base d'une incapacité de travail de 100 %, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision. Le 22 mars 2022, il a produit une

attestation en portugais établie le 16 mars 2022 par un certain Dr M._____, médecin orthopédiste, mais signée sous le nom de O._____, indiquant que l'ensemble des limitations fonctionnelles dues à l'accident lui conférait un degré d'incapacité permanente globale de 16 % selon la Tabelle nationale des incapacités, pièce qui devait établir sa pleine incapacité de travail.

Dans sa réponse du 29 mars 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. En l'espèce, le litige a pour objet le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre un terme aux indemnités journalières sans accorder un délai de cinq mois au recourant pour s'adapter aux nouvelles circonstances.

3. S'agissant de l'évolution de l'état de santé du recourant, le cas - faisant suite à une rechute - a été considéré comme stabilisé au 2 décembre 2020 et ne donnant pas lieu à d'autres prestations que la rente

déjà allouée. La stabilisation de l'état de santé n'est pas contestée par le recourant, ni l'absence d'incidence de son état sur le degré d'invalidité et sur sa rente. La décision est fondée sur des pièces médicales probantes, en particulier l'appréciation de la Dre T. _____ qui se fonde sur les rapports médicaux des médecins orthopédistes, de sorte que ces points peuvent être confirmés.

4. Le recourant soutient toutefois qu'il appartenait à l'assureur-accidents, en application d'une jurisprudence constante, de lui accorder un délai de cinq mois pour changer de profession.

a) L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident (art. 16 al. 2, première phrase, LAA). Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2, deuxième phrase, LAA). La notion d'incapacité de travail, à laquelle renvoie l'art. 16 al. 1 LAA comme condition du droit à l'indemnité journalière, est définie à l'art. 6 LPGA. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (art. 6, première phrase, LPGA). En cas d'incapacité de travail durable dans l'ancienne profession, l'assuré est en revanche tenu, en vertu de son devoir de diminuer le dommage, d'utiliser dans un autre secteur sa capacité fonctionnelle résiduelle (art. 6, deuxième phrase, LPGA ; Jean-Maurice Frésard /Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3^{ème} éd., Bâle 2016, n. 213 p. 973). A cet égard, la jurisprudence considère qu'un délai doit être imparti à l'intéressé pour rechercher une activité raisonnablement exigible dans une autre profession ou un autre domaine. La durée de ce délai doit être appréciée selon les circonstances du cas particulier ; elle est généralement de trois à cinq mois selon la pratique

applicable en matière d'assurance-maladie (ATF 129 V 460 consid. 5.2 ; 114 V 281 consid. 5b *in fine* ; TF 8C_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 3.1).

b) Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (art. 18 al. 1 LAA). En vertu de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (première phrase) ; le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (deuxième phrase). La « naissance du droit à la rente » correspond au moment à partir duquel l'assuré peut potentiellement prétendre à un droit à la rente, indépendamment de l'octroi effectif d'une telle rente (Thomas Flückiger, in Basler Kommentar, Unfallversicherungsgesetz, 2019, n° 7 ad art. 19 LAA, avec référence à l'ATF 143 V 148 consid. 5.3.1). Il résulte ainsi de l'art. 19 al. 1 LAA que lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, l'assureur doit mettre fin au paiement du traitement médical et des indemnités journalières et examiner le droit à une rente d'invalidité et à une IPAI (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références citées ; TF 8C_443/2016 du 11 août 2016 consid. 2.2).

c) La jurisprudence développée en relation avec l'obligation de diminuer le dommage en cas d'atteinte à la santé (exprimé à l'art. 6, deuxième phrase, LPGA par l'exigibilité d'une activité de substitution en cas d'incapacité de travail durable ; cf. consid. 4a *supra*) ne concerne en effet que l'indemnité journalière et n'est pas transposable au domaine des rentes, pour lesquelles le droit prend naissance selon d'autres conditions prévues par les lois spéciales, soit dans l'assurance-accidents l'art. 19 LAA (TF 8C_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 3.2 ; 8C_310/2019 du 14 avril 2020 consid. 6.1.2 ; 8C_443/2016 précité consid. 2.3 ; 8C_687/2014 du 9 septembre 2015 consid. 5.1, publié in SVR 2016 UV n° 17 p. 19 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale

des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 38 ad art. 6 LPGA). Autrement dit, dès lors que l'état de santé de l'assuré est stabilisé – au sens de l'art. 19 al. 1, première phrase, LAA – et qu'il y a en conséquence lieu d'examiner s'il peut prétendre à une rente, l'assureur-accidents n'est pas tenu de lui impartir un délai pour s'adapter aux nouvelles circonstances et de continuer de lui verser les indemnités journalières pendant cette période. Il doit clore le cas et mettre un terme au paiement de l'indemnité journalière. Le versement d'une rente d'invalidité – pour autant que l'assuré y ait droit en vertu de l'art. 18 al. 1 LAA – intervient au moment où prend fin le droit à l'indemnité journalière (TF 8C_118/2021 du 21 décembre 2021 consid. 4).

d) Sur la base de l'examen final de la Dre T. _____ du 9 juillet 2021 et de son complément du 13 septembre 2021, l'intimée a estimé que l'état de santé du recourant était stabilisé. Ce dernier ne conteste pas cette appréciation. L'intimée était donc fondée à mettre un terme au versement des indemnités journalières au 2 décembre 2020 et à examiner si les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité dès le 3 décembre 2020, supérieure à celle octroyée le 9 septembre 2020, étaient réunies sans accorder un délai au recourant pour rechercher une activité adaptée. Puis, l'intimée a constaté que la situation au 2 décembre 2020 était superposable à celle existant avant la rechute, de sorte qu'aucune aggravation ayant pour incidence une modification du degré d'invalidité ne perdurait au-delà de cette date, ce qui n'est à juste titre pas contesté par le recourant.

5. Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 6 janvier 2022 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III.** Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Alain Imhof (pour W. _____),
- Me Didier Elsig (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :