

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 11 juin 2025

---

Composition : M. PIGUET, président  
M. Neu, juge, et Mme Manasseh-Zumbrunnen,  
assesseure,  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Baris Bostan, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à Lucerne, intimée.

---

**Art. 17 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 6 s. LAA ; 11 OLAA**

**E n f a i t :**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaille comme vendeur-réceptionniste pour l'entreprise W.\_\_\_\_\_ SA et est, à ce titre, assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 3 septembre 2008, il a été heurté à la jambe droite par un camion qui reculait et son pied a été écrasé par la roue du véhicule. Il a présenté d'importantes contusions du pied et de la cheville droite avec une fracture de la base du 5<sup>e</sup> métatarsien.

Le 22 décembre 2008, le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a procédé à une cure de pseudarthrose et à une ostéosynthèse. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse a été faite le 24 juin 2009. L'assuré a pu reprendre son emploi à 50 % dès mars 2009 et à 100 % dès le 1<sup>er</sup> août 2009.

Le 11 avril 2011, son médecin traitant, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a fait état de douleurs persistantes, principalement lors de travaux lourds ou de marches prolongées. Il a prescrit à l'assuré des supports plantaires semi-rigides.

Dans un rapport du 5 septembre 2011, le Dr E.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'une IRM (imagerie par résonance magnétique) avait montré un status post-opératoire radiologiquement normal, sans pathologie tendineuse, et des minimes troubles dégénératifs dans l'articulation du Chopart.

Un examen scintigraphique du 18 juin 2012 a mis en évidence la présence d'une souffrance osseuse de la base du 5<sup>e</sup> métatarsien du pied droit, concordant avec la présence d'une minime irrégularité de surface articulaire et d'une géode sous-chondrale sur le versant cuboïdien,

pour évoquer la présence de lésions dégénératives secondaires débutantes.

L'assuré s'est retrouvé en totale incapacité de travailler à partir du 21 juin 2012.

Dans un rapport du 10 juillet 2012, les Drs J.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et B.\_\_\_\_\_, médecin assistant, ont diagnostiqué une névralgie du nerf sural.

Le 10 octobre 2012, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, a procédé à une excision du névrome du nerf sural et à un stripping de ce nerf. L'évolution post-opératoire a été favorable avec une disparition des douleurs neuropathiques, mais avec la persistance de douleurs en fin de journée.

L'assuré a pu reprendre progressivement son travail à temps partiel à partir du 10 janvier 2013.

Dans un rapport du 3 juin 2014, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a fait état de douleurs neurogènes persistantes de la face externe de la jambe et du pied droit. Il a attesté une incapacité de travail de 50 % depuis le 1<sup>er</sup> mai 2014.

Le 12 août 2014, l'assuré a fait une chute dans les escaliers et s'est blessé à la cheville gauche, ce qui a entraîné un nouvel arrêt de travail. Cet accident a également été annoncé et pris en charge par la CNA.

Selon le rapport du 29 septembre 2014 du Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, l'assuré a présenté une entorse sévère de la cheville gauche avec fracture *in situ* du talus et contusion. Il souffrait en outre toujours de

douleurs en regard de la base du 5<sup>e</sup> métatarse du pied droit et une nouvelle imagerie avait mis en évidence une arthrose cuboïdo-M5.

Dans un rapport du 23 octobre 2014, le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a conclu à des douleurs neuropathiques et à des troubles sensitifs séquellaires à l'opération du nerf sural.

L'assuré a pu reprendre son activité à 40 % dès le 4 février 2015, puis à 50 % dès juin 2015.

Dans un rapport du 29 mai 2015, le Dr F.\_\_\_\_\_ a fait savoir qu'une infiltration avait permis une amélioration des douleurs neuropathiques, mais que les douleurs du métatarsien dues à la pseudarthrose persistaient, ce qui motivait une intervention chirurgicale.

L'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) le 8 septembre 2015.

Le 18 septembre 2015, l'assuré a subi une arthroplastie d'interposition cuboïdo-M5 par du TFL (muscle tenseur du fascia lata) prélevé sur la cuisse homolatérale à droite et une névrectomie du nerf sural jusqu'à son émergence entre les gastrocnémiens à droite.

L'assuré a pu reprendre son travail à 50 % à partir du 4 janvier 2016, dans une activité adaptée où il effectuait principalement de l'administratif et de la logistique, en évitant la station debout prolongée et le port de charges lourdes.

L'assuré a séjourné du 26 avril au 24 mai 2016 à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR). Dans leur rapport du 9 juin 2016, les Drs T.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ ont posé comme diagnostic principal des thérapies physiques et fonctionnelles pour des douleurs et limitations fonctionnelles du pied droit et, comme diagnostics supplémentaires, un traumatisme du pied droit avec fracture de la base du 5<sup>e</sup> métatarsien et

une tendinopathie du long fibulaire de la cheville droite. Ils ont relevé que des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient, tels qu'une kinésiophobie et une tendance à la catastrophisation chez un patient avec des traits de personnalité anxieuse, un comportement douloureux et d'importantes autolimitations. Ils ont retenu comme limitations fonctionnelles provisoires le port de charges lourdes, la marche prolongée, la marche en terrain irrégulier, la montée et descente d'escaliers et d'échelles ainsi que les positions contraignantes pour la cheville (position accroupie). Ils prévoyaient une stabilisation de l'état de santé d'ici deux mois. Ils ont fixé la capacité de travail de l'assuré à 50 % dès le 24 mai 2016 avec une augmentation progressive jusqu'à récupérer une pleine capacité de travail dès le 11 juillet 2016.

Selon un rapport du 14 juin 2016 du Dr F.\_\_\_\_\_, l'opération du 18 septembre 2015 avait permis une nette amélioration des douleurs neuropathiques, mais des douleurs persistaient sous la malléole externe droite. Le médecin traitant a prolongé l'incapacité de travail à un taux de 50 %.

Dans un rapport du 11 août 2016, le Dr M.\_\_\_\_\_ a indiqué que les douleurs neurogènes sur le nerf sural avaient disparu, mais que le patient présentait un syndrome douloureux chronique au membre inférieur droit.

Lors d'un entretien avec un collaborateur de la CNA, l'assuré a fait savoir qu'il avait tenté d'augmenter son taux de travail à 70 % dès le 13 juin 2016, mais n'avait tenu que quelques jours et avait dû redescendre à 50 % en raison des douleurs.

Selon un rapport établi le 8 décembre 2016 par le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, il y avait une rémission quasi complète des douleurs neuropathiques et il n'y avait pas de traitement chirurgical à envisager au niveau des nerfs périphériques. Des douleurs mécaniques persistaient en revanche.

Dans un rapport du 13 janvier 2017, le Dr J.\_\_\_\_\_ a estimé qu'une nouvelle opération n'était pas recommandée et qu'un travail aménagé avec des activités essentiellement sédentaires permettrait à l'assuré de travailler à 100 %.

Dans un rapport du 31 janvier 2017, le Dr F.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré ne pouvait pas rester debout plus de 15 à 20 minutes ni marcher plus de 10 minutes.

L'assuré a été examiné le 13 février 2017 par le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, qui a fait l'appréciation suivante :

[...] Du point de vue thérapeutique, pour le pied D [droit], il faut sûrement en rester là sur le plan chirurgical.

Dans le cadre d'un traitement conservateur, la poursuite de la physiothérapie peut se concevoir encore quelque temps.

A G [gauche], les séquelles sont minimales et le traitement est terminé.

Les limitations fonctionnelles sont les charges lourdes, la station debout prolongée et surtout les longs trajets.

A cet égard, M. A.\_\_\_\_\_ peut rencontrer des difficultés dans son activité habituelle.

En revanche, il ne fait aucun doute qu'il a une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Si on se réfère à la table 5 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N° 2870/5.f-2000, un taux de 5 % peut être retenu en présence d'une arthrose débutante du tiers externe du Lisfranc à D.

A ces 5 %, il convient d'ajouter 2,5 % en raison d'un status après névrectomie du nerf sural et 2,5 % en prenant en compte de légères séquelles douloureuses à la cheville G ainsi que la bilatéralité des lésions.

L'atteinte à l'intégrité totale se monte ainsi à 10 % dont 2,5 % sont à mettre sur le compte de l'accident du 12.08.2014([...]).

Elle est pondérée au sens de l'art. 36 al. 3 OLAA.

Selon le rapport des spécialistes en réinsertion de l'OAI du 22 mai 2017, aucune mesure de réinsertion professionnelle n'était envisagée puisque l'assuré, travaillant dans l'entreprise familiale, souhaitait garder son poste, qui avait déjà été adapté.

Le 18 juillet 2017, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettrait fin au versement de l'indemnité journalière au 31 août 2018 [recte : 2017].

Par courrier du 9 octobre 2017, l'assuré a contesté la fin du versement de l'indemnité journalière et produit un rapport du 9 juin 2017 du Dr F. \_\_\_\_\_ qui attestait une incapacité de travail de 50 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, avec la précision que l'assuré serait inapte à garder son poste à long terme chez un autre employeur, étant donné l'absentéisme dû à des arrêts intermittents d'un ou deux jours. Le médecin traitant expliquait que, même dans un travail adapté (alternance de positions assise et debout), les douleurs augmentaient en cours de journée et devenaient insupportables l'après-midi, malgré les antalgiques.

Par décision du 25 octobre 2017, la CNA a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %, à savoir 7,5 % pour l'accident du 3 septembre 2008 et 2,5 % pour celui du 12 août 2014. Elle a en revanche refusé de lui accorder une rente d'invalidité, en l'absence de diminution notable de sa capacité de gain. La CNA a considéré que l'assuré était en mesure d'exercer une activité à plein temps sans port de charges lourdes, sans travail debout prolongé et sans déplacement sur de longs trajets. Se basant sur les données salariales résultant des descriptions des postes de travail (ci-après : DPT), la CNA a estimé que l'assuré pourrait réaliser un salaire annuel de 61'635 fr., qu'elle a comparé au gain de 61'800 fr. réalisable sans accident, chiffre recueilli auprès de différentes entreprises de démolition.

L'assuré a interjeté une opposition contre cette décision le 21 novembre 2017.

Par décision sur opposition du 22 décembre 2017, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré.

Saisi d'un recours interjeté le 1<sup>er</sup> février 2018 par A. \_\_\_\_\_ contre la décision sur opposition précitée (cause AA 24/18 - 154/2018), la Cour de céans a, par arrêt du 21 décembre 2018, partiellement admis le recours et réformé la décision sur opposition attaquée en ce sens qu'une rente d'invalidité de 36 % a été octroyée à l'assuré à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2017.

**B.** Le 30 novembre 2021, A. \_\_\_\_\_ a, avec le concours de son employeur, annoncé à la CNA une rechute de son accident du 3 septembre 2008.

Dans un rapport du 20 décembre 2021, le Dr O. \_\_\_\_\_, médecin praticien, a indiqué que son patient présentait, à droite, une douleur importante sous-malléolaire en direction de la tête du 5<sup>e</sup> métatarsien avec contracture des péroniers et œdème à l'effort. La douleur était permanente et plus importante à la marche, avec boiterie de plus en plus fréquente. La cicatrice était douloureuse à la palpation avec des douleurs à type de décharge électrique. L'assuré présentait par ailleurs des douleurs chroniques de la cheville gauche depuis 2014 (fracture de l'astragale) dans tous les mouvements surtout en rétro-malléolaire et en charge. Le médecin traitant a attesté une incapacité de travail de son patient à 32 % (50 % du taux d'activité de 64 %), du 1<sup>er</sup> décembre 2021 au 2 janvier 2022.

Dans un rapport du 12 janvier 2022, le Dr J. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de séquelles traumatiques du pied droit sur base de fracture de la base M5 ostéosynthésée en 2008 puis ablation du matériel d'ostéosynthèse, d'arthrose cuboïdo-métatarsienne 4 et 5, de status post entorse sévère de la cheville gauche avec fracture *in situ* du talus et contusion le 12 août 2014 et de status post ablation d'un névrome et stripping total du nerf sural cutané externe à droite le 10 octobre 2012. Ce médecin n'avait pas de proposition thérapeutique excepté une infiltration

par plasma riche en plaquettes (PRP) demandée au Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Les autres mesures envisageables pouvaient être d'ordre professionnel moyennant une diminution du temps de travail dès le 1<sup>er</sup> décembre 2021, solution à évaluer par la CNA pour être mise en place au long cours.

Dans une note médicale du 18 janvier 2022, la Dre X.\_\_\_\_\_, médecin praticien, médecin d'arrondissement de la CNA, a admis que les atteintes annoncées, génératrices d'une incapacité de travail du 1<sup>er</sup> décembre 2021 au 2 janvier 2022, étaient en lien de causalité probable avec les accidents assurés. Toutefois, les conclusions de l'examen du 13 février 2017 restaient valables, à savoir que l'assuré conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il convenait d'obtenir des renseignements auprès du Dr D.\_\_\_\_\_.

La CNA a pris en charge la rechute annoncée.

Dans un rapport du 23 mars 2022, le Dr D.\_\_\_\_\_ a constaté que l'assuré présentait une arthrose des articulations TMT 4-5. Malgré un pronostic réservé, l'indication à des infiltrations de PRP des articulations TMT 4-5 droites, sous contrôle radiologique à visée antalgique, a été posée.

Selon une note médicale du 11 avril 2022, la Dre X.\_\_\_\_\_ a préconisé un nouveau séjour de l'assuré à la CRR. Elle a émis un avis négatif concernant la prise en charge des infiltrations par PRP, lesquelles n'entraient pas dans le catalogue des prestations de l'assurance-accidents.

L'assuré a séjourné auprès du Service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la CRR du 24 mai au 14 juin 2022. Les Dres H.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique et spécialiste en médecine interne générale, et K.\_\_\_\_\_, médecin-assistant, au terme du séjour, ont considéré que la situation était stabilisée du point de vue médical ; la poursuite du traitement de physiothérapie ou d'ergothérapie en ambulatoire n'était pas

proposée. Si le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable, il était en théorie favorable dans une activité adaptée. Ces médecins ont retenu, comme limitations fonctionnelles définitives, le travail en position debout, le port de charges supérieures à cinq kilos, la marche prolongée, la marche en terrain irrégulier, la montée/descente d'escaliers et d'échelles et les positions contraignantes pour la cheville (position accroupie) (rapport du 12 juillet 2022).

Dans un rapport du 28 septembre 2022, faisant suite à un examen du même jour, la Dre X.\_\_\_\_\_ a estimé que la situation était quasi stabilisée. Il restait en suspens la problématique du pied gauche avec des douleurs de plus en plus importantes depuis un ou deux ans, pour laquelle ni le Dr J.\_\_\_\_\_ ni la CRR ne s'étaient prononcés quant à un éventuel traitement. D'entente avec l'assuré, il était proposé de demander au Dr M.\_\_\_\_\_ de donner son avis sur les possibilités thérapeutiques éventuelles essentiellement pour ce pied gauche mais également pour le membre inférieur droite.

Dans un rapport de consultation du 17 novembre 2022, le Dr M.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il n'y avait pas de traitement "Gold Standard" pour solutionner l'arthrose TMT de la colonne latérale du pied calcanéen. Il a cependant prescrit un traitement de Neurodol Patch et demandé au médecin traitant d'introduire du Pregabaline à dose progressive. Le Dr M.\_\_\_\_\_ se proposait en outre d'organiser des infiltrations de Depo-Medrol 40 mg et Xylocaïne 2% de la TMT 4-5 du pied droit (trois fois par an sous ultrasons par le radiologue) et en tout cas une fois du fascia plantaire gauche. Du point de vue orthopédique, il convenait à son avis de maintenir le taux de 50 % du taux habituel de 64%, taux qui permettait à l'assuré de rester à son poste de travail et garder une vie socioprofessionnelle active ; une reconversion professionnelle semblait illusoire vu son âge.

Dans un rapport du 24 mai 2023, la Dre X.\_\_\_\_\_ a, en l'absence d'indication opératoire pour soulager l'assuré, confirmé la stabilisation du cas sur le plan médical. Les limitations fonctionnelles

étaient les suivantes : pas d'activité nécessitant des marches répétées et/ou prolongées, pas de marche en terrain irrégulier, pas de travail en position debout, pas de port de charges supérieures à 5 kg, pas de montées et descentes d'escaliers, d'échelles ou d'échafaudages et pas de position contraignante pour la cheville (accroupie ou à genoux). L'incapacité de travail de l'assuré était totale dans son activité habituelle. L'activité qu'il exerçait au taux de 64 % n'était pas adaptée si bien qu'il pouvait y travailler à 32 % au maximum. A l'inverse, dans une activité adaptée respectant strictement les restrictions décrites, la capacité de travail de l'intéressé était entière sans diminution de rendement. Depuis l'examen final du 13 février 2017, l'assuré présentait une aggravation de ses séquelles justifiant une nouvelle estimation du taux d'atteinte à l'intégrité.

Par décision du 6 juillet 2023, la CNA a refusé de modifier le droit à la rente d'invalidité de l'assurance-accidents. En revanche, elle a octroyé à l'assuré, en lien avec la rechute annoncée, une indemnité pour atteinte à l'intégrité supplémentaire de 7,5 %, à savoir, 5 % pour l'accident du 3 septembre 2008 et 2,5 % pour celui du 12 août 2014.

Le 8 septembre 2023, l'assuré, désormais conseillé par Me Baris Bostan, a fait opposition à cette décision en demandant à la CNA le versement d'une rente d'invalidité de 68 % dès le 1<sup>er</sup> juin 2023, subsidiairement l'annulation de la décision précitée et le renvoi du dossier à la CNA. Dans ce cadre, il a produit notamment les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 25 mars 2024 du Dr O.\_\_\_\_\_, décrivant l'état du pied droit et de la cheville gauche de l'assuré et indiquant que ce dernier se plaignait de son épaule droite depuis le 1<sup>er</sup> mars 2024 avec un bilan radiologique et échographique effectué ainsi qu'une infiltration de l'articulation gléno-humérale et de la bourse sous-acromio-deltaïdienne demandée ;

- un rapport de consultation du 23 avril 2024 du Dr M. \_\_\_\_\_ confirmant l'absence de traitement "Gold Standard" pour solutionner l'arthrose TMT de la colonne latérale du pied calcanéen. Ce médecin qualifiait d'« illusoire » un reclassement professionnel de l'assuré âgé de 59 ans, lequel avait avantage à poursuivre l'exercice de son activité habituelle à un taux réduit. En l'absence d'indication chirurgicale pour soulager les talalgies gauches chronicisées, l'assuré avait été adressé auprès du Swiss Pain Institute afin d'évaluer la poursuite des infiltrations, en particulier du fascia plantaire et sous-talienne gauches, voire la pose d'un neurostimulateur ;

- un rapport du 17 mai 2024 de la Dre L. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, du Swiss Pain Institute, expliquant qu'une infiltration du fascia plantaire du pied gauche était programmée avec, si nécessaire, une infiltration de corticoïdes ou PRP dans l'articulation sous-talienne. Il n'avait pas été introduit de nouveau médicament ; des séances de physiothérapie étaient en revanche à prévoir. L'assuré présentait par ailleurs une importante diminution de l'humeur en lien avec ses douleurs chroniques, pour laquelle une évaluation était agendée au mois de juin 2024.

Par décision sur opposition du 12 juillet 2024, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré.

**C.**           **a)** Par acte du 13 septembre 2024, A. \_\_\_\_\_, représenté par Me Baris Bostan, a recouru contre cette décision sur opposition devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud en concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents d'au moins 68 % lui est allouée dès le 1<sup>er</sup> juillet 2023. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision sur opposition et au renvoi du dossier à la CNA pour complément d'instruction. En substance, il faisait valoir qu'il avait été victime d'un nouvel accident le 12 [recte : 11] juillet 2024 à sa cheville gauche. Aussi était-il d'avis qu'il convenait d'attendre la stabilisation de son état de santé à la suite de ce nouvel accident avant de statuer. Sur le fond, il contestait la capacité de travail entière retenue dans une activité adaptée, reprochant à la CNA de

s'être basée exclusivement sur le rapport d'examen du 24 mai 2023 de sa médecin d'arrondissement et de s'être écartée du point de vue des médecins de la CRR, lesquels avaient émis de « grandes réserves à ce sujet » et de l'avis du DrM.\_\_\_\_\_, lequel estimait que la poursuite au taux réduit de 32 % de l'activité actuelle était préférable. L'assuré invoquait en particulier son âge en tant que facteur s'opposant à l'exigibilité médicale d'une activité adaptée à son état de santé. A titre de moyen de preuve, il requérait la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire.

**b)** Dans sa réponse du 17 octobre 2024, la CNA a conclu au rejet du recours et renvoyé à la décision sur opposition querellée. S'agissant du nouveau sinistre survenu le 11 juillet 2024 pour lequel elle versait des indemnités journalières depuis le 14 juillet 2024, elle s'est engagée à réexaminer, à la clôture de ce cas d'accident, les droits de l'assuré à la rente d'invalidité et à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

**c)** Dans sa réplique du 17 décembre 2024, l'assuré a réitéré sa demande tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire afin de déterminer ses limitations fonctionnelles. Il a par ailleurs fait verser à la cause les dernières pièces médicales en sa possession (rapport de consultation ambulatoire du 12 juillet 2024 du Dr P.\_\_\_\_\_, médecin assistant au Service des urgences de l'Hôpital intercantonal de la [...] [[...]] ; rapport de radiographies de la cheville gauche du 12 juillet 2024 de la Dre U.\_\_\_\_\_, médecin au Service de radiologie du [...] ; rapport d'échographie du 3 septembre 2024 du Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et cardiologie ; rapport d'IRM de l'arrière-pied gauche du 6 septembre 2024 du Dr Y.\_\_\_\_\_, radiologue ; rapport du 19 septembre 2024 de la Dre L.\_\_\_\_\_ ; deux comptes rendus d'interventions des 24 octobre [au tunnel tarsien gauche] et 27 novembre 2024 [infiltration PRP à la fascia plantaire gauche] de la Dre L.\_\_\_\_\_). L'assuré a précisé que, malgré l'absence de fracture résultant de l'accident subi en juillet 2024, les douleurs persistaient et qu'une psychologue avait évoqué l'existence d'un trouble mixte de l'humeur de type anxio-dépressif.

**d)** Dans sa duplique du 21 janvier 2025, la CNA a maintenu sa position, observant que les troubles psychiques de l'assuré ne devaient pas être pris en considération.

### **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 compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. b LPGA) 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. a)** Le litige porte sur le droit à la rente du recourant, singulièrement sur la question de savoir si son état de santé s'est modifié - de manière à influencer son droit à la rente - entre le 22 décembre 2017, date de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, et le 12 juillet 2024, date à laquelle la caisse intimée a refusé d'augmenter le droit à la rente.

**b)** On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu les dates des deux accidents assurés (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

**3.**           **a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

**b) aa)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement 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'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. 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, 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 droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

**bb)** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C\_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

**c) aa)** Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016), si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité.

**bb)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGGA). 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 LPGGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**cc)** Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de la personne assurée - ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C\_90/2024 du 5 août 2024 consid. 4.1.1) - 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 (art. 19 al. 1 LAA).

**dd)** Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du

travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA).

**d)** Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins cinq points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b).

La révision implique un changement important des circonstances, notamment en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3 et les références). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force - qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus - et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2).

**e)** La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de

temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références ; TF 8C\_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références ; TF 8C\_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

**4.** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**5.** **a)** A titre liminaire, il sied de souligner qu'il n'y a pas lieu de s'intéresser, pour des raisons pratiques et de célérité, aux conséquences de l'accident survenu le 11 juillet 2024, la caisse intimée s'étant par ailleurs engagée à réexaminer, à la clôture de ce cas d'accident, les droits

du recourant à la rente d'invalidité et à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

**b) aa)** S'agissant de la situation médicale qui prévalait en 2017, le Dr G.\_\_\_\_\_ indiquait dans son rapport d'examen du 13 février 2017 que, pour les atteintes au pied droit et à la cheville gauche du recourant, les limitations fonctionnelles étaient le port des charges lourdes, la station debout prolongée et surtout les longs trajets. Si le recourant pouvait rencontrer des difficultés dans son activité habituelle, il ne faisait en revanche aucun doute qu'il avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Dans l'arrêt qu'elle a rendu le 21 décembre 2018 (cause AA 24/18 - 154/2018), la Cour de céans avait d'ailleurs précisé que, sur le plan médical, l'activité habituelle du recourant avait certes été aménagée, mais n'apparaissait pas compatible avec ses limitations fonctionnelles dans le cadre d'un plein temps, celle-ci n'étant pas une activité de type sédentaire (consid. 4b).

**bb)** A la suite de l'annonce de rechute de novembre 2021, le recourant a notamment séjourné du 24 mai au 14 juin 2022 à la CRR (cf. rapport de sortie du 12 juillet 2022 des Dres H.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_) et a été examiné les 28 septembre 2022 et 24 mai 2023 par la Dre X.\_\_\_\_\_ et le 17 novembre 2022 par le Dr M.\_\_\_\_\_. Ces médecins s'accordent tous pour retenir des limitations définitives chez le recourant pour le travail en position debout, le port de charges supérieures à cinq kilos, la marche prolongée, la marche en terrain irrégulier, la montée/descente d'escaliers et d'échelles et les positions contraignantes pour la cheville (position accroupie). Cela étant, ils reconnaissent une capacité de travail entière dans une activité adaptée respectant les restrictions précitées.

**cc)** En l'occurrence, on constate, sur la base des différentes pièces versées au dossier, que l'état de santé du recourant ne s'est pas aggravé, à tout le moins pas dans une mesure propre à influencer sa capacité de travail, laquelle demeure entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. En effet, même si la limitation liée au port de charges est désormais plus restrictive qu'elle ne l'était en 2017, il reste

que l'état de santé défaillant du recourant n'altère pas la pleine exigibilité médicale retenue dans une activité légère et sédentaire.

**c)** Dans ce contexte, il importe de préciser qu'il n'y a lieu de tenir compte, dans le cadre de l'appréciation de la situation, que des atteintes en lien de causalité avec les accidents des 3 septembre 2008 et 12 août 2014, à l'exclusion, notamment, des atteintes de nature cardiaque ou psychique. Le recourant ne peut donc pas invoquer tant le point de vue de son médecin traitant le Dr O.\_\_\_\_\_, faisant état de troubles à l'épaule droite (rapport du 25 mars 2024), que celui de la Dre L.\_\_\_\_\_, mentionnant, au titre de comorbidités, un stent cardiaque, une hypertension artérielle, un cholestérol, un diabète, un tabagisme et un syndrome dépressif (cf. rapport du 17 mai 2024), pour rediscuter la pleine exigibilité médicale constatée au considérant précédent.

**d)** Pour le reste, il n'y a pas lieu d'inclure dans l'analyse des considérations liées à l'âge du recourant.

En effet, si, en raison de son âge, l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative après l'accident ou si la diminution de la capacité de gain est due essentiellement à son âge avancé, les revenus de l'activité lucrative déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité sont ceux qu'un assuré d'âge moyen dont la santé a subi une atteinte de même gravité pourrait réaliser, selon les termes de l'art. 28 al. 4 OLAA.

Cette disposition vise deux situations. Premièrement, elle s'applique si l'assuré, en raison de son âge, ne reprend plus d'activité lucrative après l'accident (variante I). Les conditions de cette variante sont remplies lorsque l'assuré dispose, au terme du traitement médical, d'une capacité de travail résiduelle au moins partielle, mais ne la met plus en valeur à cause de son âge. La deuxième situation est celle où l'atteinte à la capacité de gain a principalement pour origine l'âge avancé de l'assuré (variante II). Cette variante est également applicable lorsque l'âge avancé n'est pas un facteur qui a une incidence sur l'exigibilité, mais qu'il est malgré tout un obstacle à la mise en valeur de la capacité résiduelle de

gain, notamment parce qu'aucun employeur n'est disposé à engager un employé présentant des atteintes à la santé pour un laps de temps très court avant l'ouverture de son droit à une rente de l'AVS (ATF 148 V 419 consid. 7.2 et les références).

L'assuré qui remplit l'un ou l'autre cas de figure ne touchera alors une rente d'invalidité que dans la mesure où une telle rente serait octroyée dans les mêmes conditions à un assuré d'âge moyen présentant les mêmes capacités professionnelles et les mêmes aptitudes professionnelles. Ce système repose sur la considération qu'une même atteinte à la santé peut entraîner chez une personne âgée des répercussions bien plus importantes sur la capacité de gain que chez une personne d'âge moyen pour diverses raisons (difficultés de reclassement ou de reconversion professionnels, diminution des capacités d'adaptation et d'apprentissage), alors que l'âge en tant que tel n'est pas une atteinte à la santé dont l'assureur-accidents doit répondre (ATF 122 V 418 consid. 3a ; TF 8C\_307/2017 du 26 septembre 2017 consid. 4.1). Il s'agit d'empêcher l'octroi de rentes d'invalidité qui comporteraient, en fait, une composante de prestation de vieillesse, la rente de l'assurance-accidents ayant un caractère viager. L'âge moyen est de 42 ans ou, du moins, se situe entre 40 et 45 ans, tandis que l'âge avancé est d'environ 60 ans ; il ne s'agit toutefois que d'un ordre de grandeur et non d'une limite absolue (ATF 122 V 418 consid. 1b ; TF 8C\_205/2016 du 20 juin 2016 consid. 3.4). La comparaison des revenus d'un assuré d'âge moyen comprend aussi bien le revenu sans invalidité que le revenu d'invalidité (sur le tout : ATF 148 V 419 consid. 7.2 et les références ; TF 8C\_196/2022 du 20 octobre 2022 consid. 6.2).

**e)** Pour les mêmes motifs, il n'y a pas lieu de procéder à un abattement supérieur à 5 % sur le salaire statistique pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité, afin notamment de tenir compte de l'âge du recourant (cf. ATF 148 V 419 consid. 8.5). On ajoutera que la prise en compte d'autres circonstances étrangères à l'invalidité ne se justifie guère dans le cadre du choix du niveau de compétence 1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), lesquels ne nécessitent ni formation, ni

expérience professionnelle spécifique, (TF 8C\_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 4.3.3).

**f)** Sur le vu de ce qui précède, c'est ainsi à bon droit que l'intimée a estimé que les conditions n'étaient pas réunies, à la date de sa décision du 12 juillet 2024, pour procéder à une modification du droit à la rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 36 % allouée depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2017.

**6.** Pour le reste, le dossier est complet, permettant à la Cour de céans de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît ainsi inutile et la requête formulée en ce sens par le recourant dans son acte de recours du 13 septembre 2024 doit être rejetée (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**7. a)** Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition du 12 juillet 2024 confirmée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 12 juillet 2024 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Baris Bostan (pour A. \_\_\_\_\_),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

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).

Le greffier :