

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 juin 2026

Composition : M. WIEDLER, président
Mme Durussel, juge, et Mme Manasseh-Zumbrunnen,
assesseure
Greffière : Mme Cuérel

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à Q***, recourant, représenté par Me Lorenz Fivian, avocat à Morat,

et

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

Art. 16 LPGA ; 18 al. 1 et 19 al. 1 LAA

En fait :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en *** au T***, sans formation professionnelle, a été victime d'un accident de la circulation routière le 23 janvier 2012, lors duquel il s'est blessé au genou droit et aux cervicales. Il a été mis au bénéfice d'un arrêt de travail à 100 % dès cette date et n'a depuis lors repris aucune activité lucrative. Travaillant en qualité de manoeuvre en bâtiment auprès de la société D._____ Sàrl, il était assuré obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée), qui a pris en charge le cas.

Les examens réalisés au niveau des cervicales n'ont mis en évidence aucune lésion osseuse traumatique ou discopathie et les douleurs ont disparu deux mois après l'accident.

L'assuré a consulté le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, concernant sa blessure au genou droit. Un traitement conservateur a été mis en place. Une IRM réalisée le 16 avril 2012 a mis en évidence une plica traumatique, une fracture non déplacée du plateau tibial postéro-latéral et une déchirure oblique horizontale du ménisque médial. La nouvelle IRM réalisée le 6 juillet 2012 a montré que la fracture du plateau tibial était consolidée. Les douleurs ayant persisté, le Dr F._____ a procédé à une arthroscopie diagnostique le 13 juillet 2012, au cours de laquelle une résection de la plica a été réalisée. Aucune déchirure méniscale n'a été constatée lors de cette intervention. Dans un rapport du 8 novembre 2012, ce spécialiste a indiqué que les options chirurgicales lui semblaient épuisées. Son patient était en incapacité totale d'exercer des professions physiquement exigeantes. Lors d'une consultation du 10 janvier 2013, il a observé une symptomatologie douloureuse toujours présente, sans avoir été en mesure d'en identifier la cause.

Par rapport du 13 mars 2013 établi à la suite d'une consultation du même jour, le Dr G._____, spécialiste en neurologie, a affirmé que la

symptomatologie douloureuse au niveau de la jambe droite de l'assuré ne trouvait aucun corrélat neurologique clair.

Le 13 juin 2013, l'assuré a chuté dans les escaliers et s'est blessé au pied gauche. Il s'est immédiatement rendu au Service des urgences de l'Hôpital fribourgeois. Les radiographies réalisées ont mis en évidence un arrachement osseux du col du calcaneum. A l'examen clinique, les médecins urgentistes ont également constaté une lésion du Chopart. Les suites de ce second accident ont été prises en charge par la CNA.

A la suite d'un examen du 2 juin 2014, le Dr E._____, spécialiste en médecine physique et de réadaptation et médecin d'arrondissement de la CNA, a indiqué, dans son rapport du lendemain, que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle. Elle demeurerait entière dans une activité adaptée tenant compte des limitations suivantes : alternance entre les positions assise et debout, port de charge de maximum 20 kg de manière non répétitive, pas de montée et descente d'escaliers de manière répétitive, limitation de l'utilisation d'échelles et d'échafaudages et limitation des déplacements en terrain inégal, pentu, en montée ou en descente.

Par courrier du 18 septembre 2014, la CNA a informé l'assuré que ses frais médicaux ne seraient désormais plus pris en charge et que le versement des indemnités journalières serait suspendu à compter du 30 novembre 2014. Puis, par décision du 28 janvier 2016, elle a nié le droit de celui-ci à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. A la suite de l'opposition formée par l'intéressé, cette décision a été retirée et l'instruction reprise.

Le 15 décembre 2016, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a reçu l'assuré en consultation en lien avec les douleurs ressenties au niveau de sa cheville gauche. Dans un rapport du même jour, ce médecin a diagnostiqué une rupture partielle longitudinale, une tendinite et une tendovaginite du tendon du muscle péronier court. Il a convenu avec son patient de mettre en place

une kinésithérapie, comprenant des mesures anti-inflammatoires, un renforcement musculaire et un entraînement proprioceptif. En cas de persistance des symptômes, il a évoqué une piste chirurgicale.

La CNA a soumis le cas à son médecin d'arrondissement. Dans son rapport d'évaluation du 3 mai 2017, la Dre K._____, spécialiste en neurochirurgie, a observé que les radiographies du pied gauche réalisées le 7 décembre 2016 ne montraient plus aucune trace de la fracture, qui était complètement guérie. Subsistait une rupture au niveau du tendon péronier. Elle a estimé que ces troubles étaient selon toute probabilité imputables à l'événement du 13 juin 2013. Il ne fallait toutefois pas s'attendre à ce que les traitements proposés par le Dr J._____ conduisent à une amélioration significative des symptômes, compte tenu du long délai écoulé entre l'accident et les traitements proposés.

Dans un nouvel avis du 10 octobre 2017, la Dre K._____ a indiqué que la fracture du plateau tibial droit était consolidée depuis longtemps et que le genou ne présentait aucune lésion structurelle. Selon elle, aucun traitement supplémentaire n'entraînerait une amélioration notable de la situation. Les atteintes persistantes au genou droit et au pied gauche n'étaient plus imputables à l'accident du mois de janvier 2012.

Par décision du 7 février 2018, la CNA a refusé de continuer à prester au-delà du 30 novembre 2014. Se fondant sur l'appréciation de sa médecin d'arrondissement, elle a estimé que les lésions dues aux accidents des 23 janvier 2012 et 13 juin 2013 étaient complètement guéries, les troubles dont l'assuré continuait à souffrir n'étant plus imputables à ces événements. À la suite de l'opposition formée par ce dernier, elle a retiré sa décision et mis en œuvre une expertise orthopédique auprès de la M._____, à W***, dont l'exécution a été confiée à la Dre H._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et au Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans leur rapport du 24 juin 2019, les experts ont indiqué concernant le genou droit que l'examen clinique avait révélé des anomalies pathologiques importantes dans plusieurs zones et qu'il existait

un substrat organique. Ils préconisaient un traitement adapté prescrit par un spécialiste du genou. S'agissant du pied gauche, ils ont estimé que l'atteinte s'accompagnait également d'un substrat organique. Ils proposaient d'envisager toutes les options thérapeutiques conservatrices, comprenant de la physiothérapie ciblée (électrothérapie, ultrasons, rééducation visuelle, proprioception, taping) et des mesures anti-inflammatoires locales. En cas d'échec des mesures conservatrices, ils recommandaient la réalisation d'une nouvelle IRM et probablement une intervention chirurgicale. L'expertisé était inapte à exercer son activité habituelle jusqu'à nouvel ordre. Il pouvait exercer une activité adaptée à 100 %, moyennant le respect des limitations fonctionnelles suivantes : alternance des positions assise et debout, pas de port de charges, pas de marche sur sol irrégulier, ni de montée d'échelles ou de travaux en terrain pentu.

La CNA a ordonné la mise en œuvre de deux nouvelles expertises, l'une concernant le genou droit de l'assuré, la seconde en lien avec son pied gauche, estimant que le rapport d'expertise du 24 juin 2019 ne remplissait pas les réquisits pour se voir accorder une pleine valeur probante.

Le Dr I._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a rendu son rapport d'expertise le 11 juin 2020. Il a retenu que les douleurs persistantes au talon étaient très probablement imputables à l'accident du 13 juin 2013. Elles étaient dues aux modifications dégénératives post-traumatiques naissantes à la suite de la fracture au niveau du calcaneum et reposaient, avec une probabilité prépondérante, sur ce substrat organique. En cas de souffrance importante de l'expertisé, il a suggéré une triple arthrodèse. Il a estimé la capacité de travail de l'intéressé dans son activité habituelle à 50 %. Elle était de 100 % dans une activité adaptée, c'est-à-dire ne nécessitant pas d'effort physique. L'atteinte à l'intégrité était estimée à 15 %.

Dans son rapport d'expertise du même jour, la Dre P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil

locomoteur, a retenu, concernant le genou droit de l'expertisé, un névrome douloureux au niveau du port d'arthroscopie latéral, une déviation fonctionnelle et une subluxation de la rotule, avec un léger valgus de l'axe de la jambe droite, provoquant la douleur du névrome. Voyant l'intéressé pour la première fois plusieurs années après l'événement accidentel, elle ne pouvait que spéculer. Elle supposait que les douleurs au genou consécutives à l'accident avaient entraîné une atrophie des muscles de la cuisse, ce qui avait détérioré le guidage de la rotule et, dans un cercle vicieux, avait exacerbé les douleurs antérieures au genou. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle. L'assuré pouvait exercer une activité sédentaire, avec marche occasionnelle, sans port de charges lourdes (> 5kg). Elle recommandait plusieurs étapes thérapeutiques pour traiter la douleur : des infiltrations locales, du taping, des étirements et décharges, des étirements et traitements des fascias, de l'acupuncture, de la physiothérapie et de la kinésithérapie. Elle voyait de bonnes chances d'améliorer sensiblement les troubles, sans qu'elle ne puisse affirmer que cela suffirait pour que l'assuré puisse réexercer une profession physiquement exigeante. L'atteinte à l'intégrité était estimée à 5 %.

Après l'expertise réalisée par le Dr I._____ en juin 2020, l'assuré a consulté ce spécialiste en lien avec les atteintes à sa cheville gauche. Dans un rapport du 10 juin 2021, le Dr I._____ a estimé que, d'un point de vue chirurgical, seule une triple arthrodèse serait indiquée si la douleur venait à s'aggraver. Il a opté dans un premier temps pour une approche conservatrice avec une adaptation des chaussures (semelles en carbone). Des infiltrations d'acide hyaluronique ou de produits PRP étaient également envisageables.

Le 3 février 2022, l'assuré a été reçu en consultation par la Dre P._____. Dans son rapport du même jour, cette médecin a relevé qu'à la suite d'une physiothérapie intensive, son patient avait fait des progrès, notamment en termes de force et de proprioception. Elle recommandait la poursuite de la kinésithérapie, ainsi qu'un traitement du tractus ilio-tibial, par exemple par friction ou acupuncture, ainsi que des exercices d'étirement dans cette zone. Aucun contrôle de suivi n'était prévu.

Le 7 octobre 2022, le Dr I._____ a procédé à une triple arthrodèse au niveau de la cheville gauche de l'assuré, sans garantie de la disparation totale de la symptomatologie douloureuse.

L'évolution post-opératoire s'étant révélée seulement partiellement favorable, l'assuré a séjourné auprès de la BB._____ (ci-après : la [...]) du 7 mars au 4 avril 2023. Dans leur rapport du 13 avril 2023, les médecins de la BB._____ ont notamment indiqué que les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées. La consolidation post-triple arthrodèse de la cheville gauche était en cours. Il n'existait aucun élément objectif qui pouvait empêcher une évolution favorable. Ils ont proposé de poursuivre le travail des amplitudes articulaires, de la force et de la proprioception au niveau du membre inférieur gauche. En ce qui concernait le genou droit, il s'agissait probablement de douleurs fonctionnelles sans problème structurel, mais sur une dysbalance musculaire, que ce soit au niveau de la force ou de l'élasticité. Les médecins de la BB._____ n'ont pas proposé d'autre prise en charge spécifique. Selon eux, des facteurs contextuels jouaient très vraisemblablement un rôle dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par le patient et influençaient défavorablement le retour au travail (kinésiophobie modérée, catastrophisme élevé, refus de remplir un questionnaire pour le dépistage d'un éventuel trouble anxio-dépressif, niveau de handicap perçu inférieur à un niveau sédentaire). Pendant le séjour, le traitement antalgique était constitué de Paracétamol pris ponctuellement. Certains tests déjà médiocres à l'entrée s'étaient péjorés à la sortie, sans explication à cela. La participation aux thérapies a été considérée comme faible. Des incohérences ont été observées : patient surpris pendant le séjour à parler dans un français plus que correct alors qu'il affirmait à l'entrée ne pas comprendre cette langue, tests fonctionnels du côté sain péjorés à la sortie, plaintes diverses et fluctuantes selon les jours et pas toujours cohérentes entre elles. En ce qui concernait les ateliers professionnels, les résultats observés traduisaient uniquement le niveau d'effort auquel l'assuré avait bien voulu consentir, celui-ci ayant été auto-limitant et centré sur ses douleurs. Les médecins de la BB._____ ont

retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de marche prolongée ni en terrain irrégulier, pas d'utilisation fréquente d'escaliers ni d'échelles, pas de travail en position accroupie et pas de port de charge supérieure à 10 kg. La poursuite de la physiothérapie pouvait permettre de continuer la rééducation à la marche et le sevrage des cannes anglaises. La situation n'était pas stabilisée tant sur le plan médical que des limitations fonctionnelles : à six mois postopératoires, un potentiel théorique de récupération demeurait. La stabilisation était attendue dans un délai de trois mois.

Par avis médical du 26 juin 2023, le Dr BC._____, spécialiste en orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA, a indiqué qu'en ce qui concernait les conséquences de l'accident du 23 janvier 2012, il subsistait un état post-arthroscopie du genou droit, sans preuve d'une lésion structurelle due à l'accident, mais avec pour résultat un déséquilibre musculaire au niveau du glissement fémoro-patellaire. Aucune atteinte à l'intégrité ne résultait de cette atteinte. En ce qui concernait le pied gauche, ce médecin a rappelé la fracture par arrachement du calcanéum gauche subie lors de l'accident du 13 juin 2013. Se référant au rapport des médecins de la BB._____, il a souligné que les troubles et limitations fonctionnelles exprimés par l'assuré ne s'expliquaient pas de manière objective. L'activité habituelle n'était plus exigible, mais une activité adaptée l'était, telle que décrite par les médecins de la BB._____. S'agissant d'une éventuelle atteinte à l'intégrité, elle était estimée à 15%.

Dans un compte rendu d'une consultation du 26 juin 2023, le Dr I._____ a indiqué que les symptômes résiduels décrits par son patient (douleurs à la marche dans la région inframalléolaire latérale) correspondaient à une consolidation encore incomplète au niveau de la facette postérieure de l'articulation sous-tarsienne. Plus de huit mois après la triple arthrodèse, les chances d'une consolidation supplémentaire étaient certes réduites, mais il préférait attendre et ne pas prévoir d'autre intervention en l'état. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle demeurait entière.

Par courrier du 20 juillet 2023, la CNA a informé l'assuré qu'elle suspendait la prise en charge des frais médicaux et le versement des indemnités journalières avec effet au 31 août 2023, au motif que l'avis médical de son médecin d'arrondissement avait révélé qu'aucun traitement supplémentaire n'était susceptible d'apporter une amélioration significative de la situation.

Par décision du 17 août 2023, la CNA a informé l'assuré qu'une rente d'invalidité et une indemnité pour atteinte à l'intégrité lui étaient allouées. Se fondant sur un revenu de valide de 72'223 fr. et un revenu d'invalidé de 60'536 fr., elle a fixé le degré d'invalidité à 16 %. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité était de 15 %.

L'assuré s'est opposé à cette décision le 18 septembre 2023.

La CNA a à nouveau soumis le cas à son médecin d'arrondissement. Dans son avis du 30 octobre 2023, le Dr BC. _____ a confirmé que l'activité habituelle n'était définitivement plus exigible et qu'il se ralliait à l'appréciation des médecins de la BB. _____ en ce qui concernait les limitations fonctionnelles devant être respectées.

L'assuré a produit un rapport du Dr I. _____ du 1^{er} novembre 2023. D'après ce médecin, les symptômes persistants à l'effort au niveau de l'arrière-pied gauche se traduisaient par une activité métabolique accrue de l'articulation sous-astragalienne (visible sur l'imagerie réalisée le 24 octobre 2023). Plus d'un an post-triple arthrodèse, il suspectait la présence d'une pseudarthrose. Selon lui, une consolidation supplémentaire était en principe encore possible, avec une probabilité estimée entre 10 et 30 %. En fonction de la gêne ressentie, une nouvelle chirurgie pouvait être indiquée.

Par décision sur opposition du 28 août 2024, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Se fondant essentiellement sur l'appréciation de son médecin d'arrondissement, elle a estimé qu'aucun traitement médical n'était susceptible d'améliorer la situation de

l'intéressé, lequel avait au demeurant déjà recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis plusieurs années.

B. Dans l'intervalle, le 11 septembre 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office AI du canton de Fribourg.

Par décision du 8 juin 2015, cet office lui a nié le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles.

L'assuré a déposé une nouvelle demande le 29 août 2023 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. Cette demande était encore en cours d'instruction lors de la reddition de la décision sur opposition de la CNA du 28 août 2024.

C. Par acte du 30 septembre 2024, le recourant, sous la plume de son conseil, a recouru contre la décision sur opposition de la CNA du 28 août 2024 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision, ainsi qu'à la reprise du versement des indemnités journalières et de la prise en charge des frais de traitement en lien avec les accidents des 23 janvier 2012 et 13 juin 2013, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Il fait en substance valoir que son état n'était pas stabilisé, de sorte que la CNA n'était pas fondée à clore le cas. Il critique en outre le taux d'invalidité retenu.

Par réponse du 28 février 2025, l'intimée a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Elle estime que le rapport du spécialiste consulté par le recourant ne remet pas en cause l'avis de son médecin d'arrondissement, selon lequel aucun traitement ni intervention n'est susceptible de modifier l'état de santé de l'intéressé.

Par prononcé du 28 mai 2025, le juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 30 septembre 2024 et désigné Me Lorenz Fivian en qualité de conseil d'office de celui-ci.

En droit :

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. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était légitimée à considérer que l'état de santé du recourant était stabilisé, puis à statuer sur son droit à une rente d'invalidité, ainsi que sur le calcul de celle-ci.

3. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où les deux accidents dont le recourant a été victime sont survenus avant cette date, son droit aux prestations d'assurance pour ces événements est soumis à l'ancien droit (ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388] ; TF 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

4. Le catalogue des prestations de l'assurance-accidents comprend notamment le droit au traitement médical (art. 10 LAA), le droit à une indemnité journalière (art. 16 et 17 LAA), le droit à une rente d'invalidité (art. 18 ss LAA), ainsi que le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 et 25 LAA). Lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé, l'assureur doit mettre fin au paiement du traitement médical et des indemnités journalières et examiner le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 19 al. 1 LAA ; ATF 144 V 354 consid. 4.1 ; 143 V 148 consid. 3.1.1 ; 134 V 109 consid. 4.1 ; TF 8C_394/2024 du 7 janvier 2025 consid. 6.1 ; 8C_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 3.2 et les références citées).

L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident. L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical, ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures – comme une cure thermale – ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée (TF 8C_394/2024 précité loc. cit. et la référence citée). Cette question doit être examinée de manière prospective (TF 8C_685/2019 du 9 juin 2020 consid. 4 et la référence citée).

5. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427

consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

b) 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

c) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2 ; 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

6. a) En l'occurrence, le recourant a subi un premier accident au début de l'année 2012, lors duquel il s'est blessé aux cervicales et au genou droit, puis un second incident en juin 2013, ayant entraîné des atteintes à la cheville gauche. L'intimée a pris en charge les suites de ces deux événements accidentels.

Les lésions cervicales étaient bénignes et les douleurs ont rapidement disparu. Il en est allé différemment des atteintes au genou droit et à la cheville gauche, qui ont nécessité différents traitements médicaux s'étant étendus sur plusieurs années. Dans la décision entreprise, l'intimée a considéré que ces deux atteintes étaient désormais stabilisées, de sorte qu'elle était fondée à mettre fin au versement des indemnités journalières et à la prise en charge des traitements médicaux dès le 31 août 2023, puis à statuer sur l'allocation d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Le recourant conteste que tel aurait été le cas, se fondant sur l'avis du Dr I. _____ du 1^{er} novembre 2023.

b) A titre liminaire, il sied de relever que le recourant soutient que l'état de son pied gauche n'est pas stabilisé, mais ne conteste pas la stabilisation retenue par l'intimée en ce qui concerne son genou droit. Compte tenu des avis convergents au dossier à ce sujet (cf. notamment rapport des médecins de la BB. _____ du 13 avril 2023 et rapport du Dr BC. _____ du 26 juin 2023), desquels il résulte qu'aucune amélioration ne peut être attendue, il n'y a pas lieu de revenir sur cette question.

c) En ce qui concerne la cheville gauche du recourant, la chute subie le 13 juin 2013 a entraîné une fracture au niveau du calcanéum, puis des modifications dégénératives post-traumatiques naissantes, sous la forme d'une arthrose de l'articulation calcanéo-cuboïdienne avec irritation de la jonction calcanéo-naviculaire. Après s'être soumis à un examen auprès du Dr I. _____ dans le cadre de l'expertise ordonnée par l'intimée, le recourant a consulté ce médecin pour la suite du traitement. Ce spécialiste

a dans un premier temps opté pour une approche conservatrice avec notamment l'utilisation de semelles en carbone. Il a ensuite proposé une triple arthrodèse, réalisée en octobre 2022. Les suites de cette chirurgie se sont révélées seulement partiellement favorables, de sorte qu'un séjour à la BB._____ a été organisé du 7 mars au 4 avril 2023.

Dans leur rapport de sortie du 13 avril 2023, les médecins de la BB._____ ont indiqué que la consolidation post-arthrodèse était en cours. À six mois postopératoires, il existait encore un potentiel théorique de récupération, mais une stabilisation était attendue dans un délai de trois mois, c'est-à-dire à la mi-juillet. Cette appréciation a été confirmée par le Dr BC._____, qui a estimé, en juin 2023, qu'il n'y avait plus lieu d'espérer que l'état de la cheville du recourant ne s'améliore, dans la mesure où ni le temps, ni des infiltrations supplémentaires, pas plus qu'une nouvelle intervention chirurgicale n'étaient susceptibles de modifier la situation.

Contrairement à ce que soutient le recourant, l'avis du Dr I._____ ne suffit pas à remettre en cause les appréciations convergentes des médecins de la BB._____ et du Dr BC._____. Ce spécialiste avait estimé, en juin 2023, que les chances d'une consolidation supplémentaire étaient réduites. Puis, en octobre 2023, il a affirmé qu'une consolidation supplémentaire était en principe possible. Or, il n'a étayé cette seconde opinion divergente, émise seulement quelques mois après la première, par aucun argument médical objectif. La probabilité qu'un scénario de consolidation supplémentaire se produise demeurerait quoi qu'il en soit faible, puisqu'estimée entre 10 et 30 %. A cela s'ajoute que le Dr I._____ n'a fait état d'aucune amélioration possible de la capacité de travail de son patient, même en cas de consolidation supplémentaire. Quant à la piste chirurgicale évoquée par ce médecin, outre le fait qu'il n'a pas non plus étayé sa proposition quant aux améliorations possibles, le recourant ne prétend pas avoir nécessité ou subi une telle intervention depuis lors.

Il résulte de ces éléments qu'aucune amélioration significative de l'état de la cheville du recourant ne pouvait être attendue. Partant, l'intimée n'a pas violé le droit en considérant que l'état de santé était

stabilisé, puis en mettant fin au versement des indemnités journalières et à la prise en charge des traitements médicaux à compter du 1^{er} septembre 2023.

Reste à examiner le droit du recourant à l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

7. a) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité.

b) aa) 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).

bb) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; 110 V 273 consid. 4b).

cc) La référence à un marché du travail équilibré ne permet pas de prendre en considération une capacité de gain lorsque les activités envisagées ne peuvent être exercées que sous une forme tellement restreinte qu'en dehors de toute considération d'ordre conjoncturelle, elles n'existent pratiquement pas sur le marché général du travail ou que leur exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu pour la personne concernée de trouver un emploi correspondant (TF 8C_627/2023 du 3 juillet 2024 consid. 7.2 ;

8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 ; 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2).

c) La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C_746/2023 du 7 juin 2024 consid. 4.1).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références citées).

d) aa) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 ; 135 V 297 consid. 5.1 ; 134 V 322 consid. 4.1).

Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 148 V 419 consid. 5.2 ; 148 V 174 consid. 6.2 ; 143 V 295 consid. 2 ; 139 V 592 consid. 2.3 ; 135 V 297 consid. 5.2).

bb) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe de se

fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

cc) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de services, l'âge, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 148 V 174 consid. 6.2 et 6.3 ; 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

e) Selon l'art. 15 LAA, les indemnités journalières et les rentes sont calculées d'après le gain assuré (al. 1) ; est réputé gain assuré pour le calcul des indemnités journalières le dernier salaire que l'assuré a reçu avant l'accident ; est déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident (al. 2). Le gain assuré selon l'art. 15 LAA ne doit pas être confondu avec le revenu sans invalidité : tandis que le premier concerne le gain déterminant pour le calcul des rentes ou indemnités journalières et est établi sur la base du salaire concret que l'assuré a gagné avant l'accident, le deuxième est décisif pour le calcul du taux d'invalidité selon l'art. 16 LPG et est un revenu purement hypothétique, même s'il est évalué, autant que possible, sur la base des circonstances concrètes (TF 8C_39/2022 du 13 octobre 2022 consid. 5.4 et les références citées).

8. a) En l'occurrence, le recourant souffre de modifications dégénératives naissantes à la cheville gauche sur une fracture au niveau du calcanéum, ainsi que d'un névrome douloureux au niveau du port d'arthroscopie latéral au genou droit, d'une déviation fonctionnelle et d'une subluxation de la rotule, avec un léger valgus de l'axe de la jambe droite, provoquant la douleur du névrome. Se fondant sur l'avis des médecins de la BB._____, confirmé par son médecin d'arrondissement, l'intimée a retenu que ces atteintes empêchaient l'intéressé d'exercer son activité habituelle de manœuvre de chantier, mais qu'une activité adaptée demeurerait exigible au taux de 100 %, moyennant le respect des limitations fonctionnelles suivantes : pas de marche prolongée ni en terrain irrégulier, pas d'utilisation fréquente d'escaliers ni d'échelles, pas de travail en position accroupie et pas port de charge supérieure à 10 kg (cf. rapport des médecins de la BB._____ du 13 avril 2023 ; rapports du Dr BC._____ des 26 juin et 30 octobre 2023).

Le recourant prétend qu'il ne pourrait pas non plus maintenir la position assise sur une longue durée. Cette limitation n'a cependant été retenue ni par les médecins de la BB._____, ni par le médecin d'arrondissement de l'intimée, lesquels ont dûment motivé leur position. Ils ont notamment expliqué que la symptomatologie hautement douloureuse rapportée par l'intéressé ne s'expliquait pas objectivement sur le plan médical. Ils ont relevé une attitude défaitiste et peu volontaire durant le séjour auprès de la BB._____, avec certains résultats aux tests s'étant révélés plus mauvais à la sortie qu'à l'entrée, sans explication médicale. Les contradictions relevées dans l'attitude de l'assuré les ont conduits à relativiser les douleurs et les limitations fonctionnelles rapportées. Le recourant ne se prévaut pour sa part d'aucun rapport médical étayant l'existence d'autres limitations que celles mentionnées ci-dessus. Le seul fait qu'en juin 2014, le Dr E._____ ait évoqué la nécessité d'alterner les positions assise et debout ne remet pas en cause les conclusions des médecins de la BB._____ et du Dr BC._____. A cette période, la situation n'était en effet pas encore stabilisée, de sorte que cet avis n'est pas pertinent pour déterminer les limitations fonctionnelles actuelles. Partant, il n'y a pas lieu d'ajouter l'empêchement consistant à ne pas être en mesure

de maintenir la position assise sur la durée à ceux retenus par l'intimée. Les limitations fonctionnelles telles que décrites par les médecins de la BB. _____ dans leur rapport du 13 avril 2023, auxquelles le médecin d'arrondissement de l'intimée s'est rallié, peuvent donc être confirmées. On relèvera, par surabondance, que même si on devait retenir que le recourant doit régulièrement changer de position, cela serait sans incidence sur le calcul de son préjudice économique et donc sur son taux d'invalidité.

Reste à déterminer la perte de gain subie par le recourant en raison de ces limitations.

b) aa) Pour calculer le degré d'invalidité de l'intéressé, l'intimée a eu recours à l'ESS, tant pour le revenu de valide que celui d'invalidé.

bb) En ce qui concerne le revenu de valide, le recours à l'ESS, dans la mesure où le recourant n'a repris aucune activité lucrative depuis l'accident du mois de janvier 2012, ne prête pas le flanc à la critique et n'est au demeurant pas remis en cause par l'intéressé. Il s'ensuit que le montant de 72'223 fr. peut être confirmé (ESS 2020, homme, niveau de compétence 1, secteur construction 41-43, 41.1 heures par semaine, indexation pour l'année 2023).

cc) Le recourant ne remet pas non plus en cause le montant de l'ESS sur lequel l'intimée s'est fondée pour calculer le revenu avec invalidité, de 67'262 fr. 62 (ESS 2020, homme, niveau de compétence 1, secteur total 1-96, 41.7 heures par semaine, indexation pour l'année 2023), qui peut être confirmé. Il critique en revanche l'abattement de 10 % opéré sur ce montant, estimant qu'une réduction de 25 % se justifierait. Selon lui, ses perspectives de gain sont en réalité réduites, compte tenu de ses nombreuses limitations fonctionnelles.

Contrairement à ce que soutient le recourant, ses limitations ne présentent pas de spécificités telles qu'elles rendraient illusoire l'exercice d'une activité professionnelle. Le marché du travail offre en effet un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un certain nombre sont

adaptées à sa situation. Par ailleurs, il y a lieu d'admettre que l'abattement de 10 % opéré par l'intimée tient adéquatement compte du handicap du recourant, au vu des limitations somme toute peu contraignantes affectant exclusivement ses membres inférieurs.

Enfin, l'absence d'exercice d'une activité lucrative depuis plus de 10 ans ne constitue pas un motif d'opérer un abattement supplémentaire. En effet, les activités légères visées par l'ESS, niveau de compétence 1, tous secteurs confondus, ne requièrent aucune expérience professionnelle ni formation spécifique, hormis une mise au courant initiale.

Il s'ensuit que l'abattement de 10 % opéré par l'intimée ne prête pas le flanc à la critique.

c) Au vu de ce qui précède, le degré d'invalidité (arrondi) de 16 %, correctement calculé par l'intimée ($[72'223 \text{ fr.} - \{67'262 \text{ fr.} 60 - (67'262 \text{ fr.} 60 \times 10\%)\} / 72'223 \text{ fr.}] \times 100$), peut être confirmé.

9. Le recourant ne remet pas en cause l'indemnité pour atteinte à l'intégrité allouée par l'intimée. Elle correspond au pourcentage prévu par les tables d'indemnisation établies par la Division médicale de la CNA et peut donc être confirmée.

10. Les pièces au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause, sans qu'il n'apparaisse nécessaire de recourir à une expertise judiciaire, comme le requiert le recourant. Il se justifie dès lors de renoncer à une telle mesure d'instruction, par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

11. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

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

c) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Me Lorenz Fivian peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 22 décembre 2025, lesquelles paraissent justifiées, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 3'197 fr. 95, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 4bis RAJ [règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; BLV 211.02.3]), ce qui correspond à la somme réclamée.

Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser l'indemnité provisoirement prise en charge par l'Etat dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

**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 28 août 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.

- IV.** L'indemnité de Me Lorenz Fivian, conseil d'office du recourant, est arrêtée à 3'197 fr. 95 (trois mille cent nonante-sept francs et nonante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Lorenz Fivia, (pour B. _____),
- Me Radivoje Stamenkovic (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 :