

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 janvier 2026

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mmes Pasche, juge, et Coquoz, assesseure
Greffier : M. Reding

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à Q***, recourant,

et

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

Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

En fait :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, a travaillé en qualité de rectifieur pour le compte de la société Z._____ SA jusqu'au 31 décembre 2016. A ce titre, il était assuré 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).

B. Le 1^{er} avril 2016, l'assuré est tombé d'une hauteur d'environ 1 mètre 50 lorsqu'il tentait de quitter son appartement par la fenêtre. Il en est résulté une fracture du calcaneus des deux côtés type Sanders III à gauche et Sanders II à droite, qui a nécessité plusieurs interventions chirurgicales.

Le cas a été pris en charge par la CNA.

Le 18 avril 2016, l'assuré a bénéficié d'une intervention sur son calcaneum gauche avec réduction ouverte et ostéosynthèse ainsi qu'un débridement d'une plaie de la face interne du talon droite réalisée par le Dr G._____, médecin associé auprès du Service d'orthopédie et traumatologie du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV). Le 22 avril 2016, il a bénéficié d'une ostéosynthèse par plaque calcaneum et lambeau sural à droite.

Devant la persistance des troubles, l'assuré a déposé, le 8 septembre 2016, une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance invalidité pour le canton de Vaud, qui lui a accordé notamment une mesure d'intervention précoce de réhabilitation socioprofessionnelle.

Il a ensuite séjourné du 18 octobre au 29 novembre 2016 à la clinique K._____ (ci-après : la clinique K._____) en vue de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs aux deux calcaneums, prédominant à droite. A sa sortie, l'assuré, équipé de chaussures orthopédiques, a connu une amélioration de la marche. Son état n'était pas

stabilisé, mais le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était favorable. Il était retenu à titre de comorbidités notamment un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, l'intéressé étant connu pour un trouble bipolaire et un épisode dépressif. L'assuré, qui consultait son psychiatre une fois par mois auparavant, n'avait toutefois pas revu son psychiatre depuis la survenance de l'accident.

Le Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué, dans un rapport du 3 mars 2017, suivre l'assuré depuis juillet 2009 pour des troubles de l'humeur et des troubles obsessionnels avec ruminations obsédantes au premier plan qui s'étaient chronicisées, avec idéation suicidaire et une consommation excessive épisodique d'alcool. Le patient était en rupture de suivi psychiatrique depuis plus d'une année et avait repris le suivi le 15 août 2016, avec trois rendez-vous.

Le 4 mai 2017, l'assuré a subi une intervention destinée au modelage de lambeau effectuée par le Dr M._____, chef de clinique du Service de chirurgie plastique et de la main du Département de l'appareil locomoteur du CHUV, et une ablation du matériel d'ostéosynthèse du calcanéum droit et gauche pratiquée par le Dr G._____. Les suites opératoires étaient simples et les douleurs étaient contrôlées. Le patient se mobilisait de manière autonome avec des cannes anglaises.

Puis, le 3 novembre 2017, l'assuré a bénéficié d'une cure de pseudarthrose par greffe prélevée au niveau du bassin, réalisée par le Dr G._____, en raison d'une consolidation incomplète du calcanéus droit.

Le 26 juillet 2018, la Dre P._____, médecin associée auprès du Service d'orthopédie et traumatologie du Département de l'appareil locomoteur du CHUV, a procédé à une arthrodèse sous-talienne gauche avec reprise de greffe par forage intra-médullaire du fémur gauche en raison d'une suspicion de pseudarthrose du calcanéus et destruction de l'articulation sous-talienne après fracture du calcanéus gauche. La médecin a revu l'assuré le 17 octobre 2018 et constaté qu'il allait plutôt bien d'un

point de vue objectif, mais, subjectivement, il ressentait des douleurs assez invalidantes en regard du sommet du talon sur une vis un peu proéminente.

Afin de faire un point de vue de la situation, l'assuré a été examiné le 21 janvier 2019 par le médecin d'arrondissement, qui a constaté que la situation n'était pas encore stabilisée, l'assuré présentant un retard de consolidation de l'arthrodèse au niveau de la cheville gauche et se plaignant de douleurs persistantes.

Le 16 août 2019, l'assuré a en outre bénéficié d'une cure de hernie lombaire droite, probablement due à une complication tardive de l'opération du 3 novembre 2017 (selon avis du médecin d'arrondissement du 26 mars 2021), et a subi une ablation du matériel d'ostéosynthèse de deux vis cannulées en raison de douleurs causées par ce matériel, cette dernière intervention ayant été réalisée par la Dre A._____, cheffe de clinique adjointe auprès du Service d'orthopédie et traumatologie du Département de l'appareil locomoteur du CHUV.

L'assuré a été revu le 5 mars 2020 par le médecin d'arrondissement, qui a constaté que la situation n'était toujours pas stabilisée sur le plan médical, une éventuelle arthrodèse et/ou un séjour à la clinique K._____ pouvant encore être envisagés.

Du 26 janvier au 3 mars 2021, l'assuré a séjourné à la clinique K._____, où il a bénéficié de plusieurs consultations orthopédiques avec le Dr G._____, qui est devenu médecin consultant dans cet établissement. Dans le rapport de sortie établi le 11 mars 2021 par les Drs H._____ et N._____, respectivement spécialiste en médecine physique et réadaptation et en chirurgie orthopédique et médecin assistant, il est rappelé que la fracture des deux calcanéums ont eu pour complications, en 2017, une pseudarthrose du calcanéum droit, en 2018, une pseudarthrose du calcanéum gauche avec destruction de l'articulation sous-talienne et, en 2019, une hernie incisionnelle lombaire droite sur prise de greffe osseuse iliaque le 3 novembre 2017. L'évolution subjective et objective était progressivement favorable. L'assuré avait aussi amélioré sa remise en

charge, la qualité de sa marche et l'objectif d'un sevrage des cannes apparaissait réalisable. Les limitations fonctionnelles provisoires retenues étaient les suivantes : port de charges au-delà 10 kg ; pour les membres inférieurs : marche sans moyen auxiliaire à l'extérieur ; marche en terrain irrégulier ; positions accroupies ou à genoux ; utilisation d'échelles. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. Une stabilisation médicale était attendue d'ici trois mois, le temps de poursuivre la physiothérapie, d'obtenir le sevrage des cannes et d'un nouveau contrôle chez le G._____ au CHUV. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée était en principe favorable pour ce qui était des facteurs directement en lien avec l'accident, mais, sur le plan plus général, il dépendrait également de l'évolution de la comorbidité psychiatrique. En l'état, le trouble dépressif récurrent (CIM-10 [10^e révision de la classification internationale des maladies] F33.4) était en rémission. Des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient : kinésiophobie légère à modérée ; catastrophisme élevé ; sous-estimation importante de ses capacités fonctionnelles.

Le 28 avril 2021, le Dr G._____ a constaté que les amplitudes des chevilles étaient sans particularité, avec une sous-talienne raide des deux côtés, et les douleurs étaient un peu diffuses et mal systématisées. Il a proposé que l'assuré soit vu en antalgie.

Le Prof. F._____, médecin chef du Service d'orthopédie et traumatologie du Département de l'appareil locomoteur du CHUV, et la Dre A._____ ont examiné l'assuré le 25 août 2021. Dans leur rapport du 8 septembre 2021, ils ont relevé la présence de douleurs chroniques bilatérales dans un contexte post-traumatique sans effet bénéfique notable suite à l'arthrodèse du côté gauche et n'ont pas retenu d'indication chirurgicale, préconisant une évaluation en antalgie.

Après une consultation du 13 janvier 2022, le Dr R._____, spécialiste en anesthésiologie, a retenu que l'assuré présentait des douleurs chroniques secondaires avec des douleurs chroniques post-traumatiques

post-chirurgicales au niveau des deux chevilles et pieds et au niveau de la crête iliaque et du mollet droit. Une partie de ces douleurs était possiblement d'origine neuropathique, notamment sur atteinte iatrogène des nerfs suraux. Il était proposé d'effectuer des blocs tests échoguidés de ses nerfs. Une autre partie des douleurs étaient probablement d'origine mécanique dans le contexte post-opératoire et traumatique, avec la présence de troubles dégénératifs sur l'imagerie. Il était précisé que l'assuré était très en colère, se sentant victime d'erreurs médicales à répétition.

Dans un rapport du 7 juillet 2022, le Dr J._____, médecin associé auprès de la Consultation de médecine physique et réhabilitation du Département de l'appareil locomoteur du CHUV, a posé le diagnostic de douleurs chroniques post-traumatiques et post-chirurgicales au niveau des deux chevilles, des pieds, de la crête iliaque droite et du mollet droit. Il a proposé à l'assuré de nouvelles chaussures orthopédiques et, sur le plan thérapeutique, une prise en charge en piscine et à sec.

Selon le rapport de consultation du 27 janvier 2023 de la Dre E._____, médecin de la Consultation de médecine physique et réhabilitation du Département de l'appareil locomoteur du CHUV, l'assuré a bénéficié de perfusions qui n'avaient été efficaces que brièvement et la stimulation électrique transcutanée (TENS) avait été efficace, mais pas de manière prolongée.

Dans un rapport du 4 mars 2023, le Dr J._____ a remarqué une évolution plutôt favorable avec la physiothérapie et l'adaptation du chaussage, ne nécessitant pas de nouveau contrôle, mais précisant que le patient serait revu par le Dr G._____.

La consultation a eu lieu le 3 avril 2023. Le Dr G._____ a établi un rapport le 6 avril 2023 dans lequel il a retenu le diagnostic d'arthrodèse sous-astragalienn e gauche et arthrose post-traumatique de la sous-astragalienn e droite sur un status post-réduction ouverte et ostéosynthèse de deux calcanéums en 2016 et ablation du matériel d'ostéosynthèse

complète à gauche et partielle à droite. Il a proposé la réalisation d'un SPECT-CT (tomographie par émission monophonique et scanner), car l'assuré aimerait absolument avoir des renseignements objectivables sur son articulation sous-astragalienne droite.

Dans son rapport du 9 juin 2023, le Dr G. _____ a constaté que le SPECT-CT montrait une arthrose sous-astragalienne droite secondaire touchant essentiellement le bord externe de l'articulation et une arthrose débutante de l'articulation calcanéocuboïdienne au niveau de l'arrière-pied gauche. Il a posé le diagnostic d'arthrose sous-astragalienne droite post-traumatique et calcanéocuboïdienne gauche. Il a proposé une infiltration de la sous-astragalienne droite et de la calcanéocuboïdienne gauche, l'assuré restant en incapacité de travail dans cette attente.

Dans un rapport du 4 décembre 2023, le Dr G. _____ a constaté que le status n'avait pas vraiment changé depuis les dernières consultations. Il a proposé une nouvelle consultation en antalgie avant de réaliser une éventuelle cure d'orteils en griffe pour le deuxième orteil du pied gauche.

Le Dr O. _____, médecin chef auprès de la Clinique de D. _____, a vu l'assuré le 24 janvier 2024. Il a constaté des douleurs essentiellement mécaniques qui intéressaient les deux pieds et les différentes articulations et qui pouvaient correspondre à des douleurs sur l'arthrose décrite au SPECT-CT. Etant donné une infiltration positive de corticostéroïdes à ce niveau-là, il a proposé, à but régénératif, d'essayer des injections de PRP (plasma riche en plaquettes) aux mêmes endroits. Concernant les douleurs décrites à l'intérieur du pied droit, elles semblaient être davantage neuropathiques et pour cela une neuromodulation du nerf tibial par des radiofréquences pulsées pouvait être une solution. L'injection a été réalisée le 7 février 2024.

Dans un rapport du 24 mai 2024, le Dr G. _____ a relevé que l'assuré avait bénéficié, au niveau de la sous-astragalienne droite, d'une infiltration avec du PRP, ce qui lui avait enlevé les douleurs d'environ 30 %.

Avec ceci, il était à l'heure actuelle assez content. En ce qui concernait le pied gauche, son collègue antalgiste avait prévu de lui faire un bloc nerveux afin de calmer les douleurs à la face latérale du médio-pied.

L'assuré a été réexaminé le 23 juillet 2024 par la Dre C._____, médecin d'arrondissement, qui a constaté que, sur le plan médical, la situation était proche d'une stabilisation de l'état de santé. Il était encore nécessaire de pouvoir évaluer les capacités résiduelles et fonctionnelles et professionnelles de cet assuré, raison pour laquelle elle avait proposé un nouveau séjour à la clinique K._____. Pendant ce séjour, l'assuré pourrait être vu par le Dr G._____ et il bénéficierait d'une physiothérapie intensive qui ne pourrait que l'aider dans ses déplacements.

L'assuré a, à nouveau, séjourné du 2 septembre au 12 octobre 2024 à la clinique K._____. Il a bénéficié d'une consultation orthopédique auprès du Dr G._____ à la clinique K._____ le 6 septembre 2024, qui avait prévu de faire un SPECT-CT des deux pieds pour voir s'il y avait lieu d'envisager une nouvelle intervention chirurgicale. Selon le rapport du 8 novembre 2024, le Dr I._____, médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation et en médecine du sport, notait, à la sortie, une légère amélioration de la force du quadriceps gauche, une amélioration de la vitesse de marche et de parcours des escaliers ainsi qu'une légère amélioration de l'équilibre unipodal des deux côtés et une nette amélioration du port de charge. Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient : une kinésiophobie légère à modérée, un catastrophisme élevé, une focalisation sur les douleurs et une sous-estimation de ses capacités fonctionnelles, chez un patient anxieux. D'autres facteurs contextuels pouvaient interférer avec un retour au travail : l'absence de formation, l'absence de contrat de travail et la longue période sans travailler. En ce qui concernait les pieds, les limitations fonctionnelles provisoires suivantes étaient retenues : port de charge au-delà de 10 kg, ports de charge répétés, marche sans moyen auxiliaire à l'extérieur, réalisation répétée des escaliers, marche en terrain irrégulier,

positions accroupies ou à genoux, utilisation d'échelles, position statique debout prolongée. La poursuite d'un traitement de physiothérapie et d'ergothérapie pouvait permettre d'améliorer les douleurs, l'endurance et la force des membres inférieurs. Une infiltration de PRP au niveau de l'articulation calcanéo-cuboïdienne gauche pouvait également améliorer les douleurs du pied gauche. Aucune nouvelle intervention chirurgicale n'était proposée. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus était théoriquement favorable en ce qui concernait les pieds, mais dépendrait aussi de l'évolution des autres comorbidités. Les facteurs personnels et contextuels pouvaient également interférer avec le processus de réorientation. Le trouble dépressif récurrent avait nécessité plusieurs hospitalisations et il existait une consommation d'alcool à risque. Selon le Service de réadaptation professionnelle, la reprise de l'activité antérieure n'était pas envisageable en l'état. A ce stade, la position de travail assise était à privilégier et était exploitable sur des durées limitées (< à 120'). Des réserves devaient en outre être émises quant à l'employabilité de l'assuré sur le premier marché du travail. La performance démontrée dans les activités testées était faible, tant sur le plan qualitatif que quantitatif.

En vue du bilan final, l'assuré a été examiné par la Dre C. _____ le 21 janvier 2025. Sur le plan médical, elle a constaté que la situation était stabilisée. Il n'y avait pas de traitement chirurgical ou médical qui pouvait améliorer de manière notable l'état de santé de l'assuré. Elle a retenu les limitations fonctionnelles définitives suivantes : pas de port de charges, pas de marche en terrains irréguliers, pas de marche sans cannes, pas de position statique debout ou assis, mais activité essentiellement assise qui permette l'alternance des positions toutes les 60 à 90 minutes permettant à l'assuré de se lever et de déambuler quelques pas, pas d'activités accroupies ou à genoux, pas de montée/descente d'escaliers, d'échelles ou d'échafaudage. Dans une activité adaptée respectant strictement les limitations fonctionnelles décrites ci-dessus, la capacité de travail était entière sans diminution de rendement. Elle a estimé l'IPAI à 25 %.

Par décision du 27 janvier 2025, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des frais médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 28 février 2025 au soir, précisant qu'elle examinait encore le droit à d'autres prestations.

Par décision du 18 février 2025, la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 19 % compte tenu d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée et une IPAI de 25 %.

L'assuré y a formé opposition en date du 12 mars 2025, contestant bénéficier d'une capacité de travail résiduelle sans diminution de rendement.

Selon un rapport du 1^{er} mai 2025, le Dr G. _____ a répondu aux questions suivantes :

« [...]

1/ Partagez-vous l'avis de la Dresse C. _____ selon lequel la situation est considérée à présent comme stabilisée, c'est-à-dire qu'hormis des mesures antalgiques, on ne peut plus attendre de la poursuite d'un traitement une amélioration notable de l'état de santé de votre patient ?

D'un point de vue purement orthopédique oui mais le patient devrait pouvoir bénéficier d'antalgiques, de physiothérapie d'entretien 1X/2 semaines, de chaussures orthopédiques + semelles sur mesure et de la possibilité de pouvoir bénéficier d'infiltrations au niveau des articulations douloureuses, si besoin (max 2 - 3 X par année), ceci afin de maintenir l'état stabilisé et de ne pas le péjorer.

[...]

3/ Sous réserve d'un traitement qui serait encore nécessaire, partagez-vous l'avis de la Dresse C. _____ selon lequel, dans une activité adaptée aux limitations qu'elle retient, la capacité de travail de votre patient est réputée être entière, cela sans diminution de rendement ?

D'un point de vue orthopédique pur un temps de présence à 100% serait probablement possible, mais avec un rendement clairement inférieur, peut-être à 80% maximum. Et en ne prenant absolument pas en compte les autres diagnostics respectivement problèmes que présente le patient (surtout psychologiques) et sur lesquels je ne peux et ne veux pas me prononcer.

4/ Si vous avez répondu par la négative à la question n°3, quelle est la capacité de travail exigible d'un point de vue médico-théorique dans une activité adaptée aux limitations

que présente votre patient ? Quels éléments cliniques faites-vous valoir pour appuyer votre appréciation ?

À mon avis et à nouveau d'un point de vue purement orthopédique des pauses sont nécessaires toutes les 60 - 90 minutes pour bouger et changer de position. Mme C. _____ le signale d'ailleurs elle-même dans son rapport.

5/ Les limitations fonctionnelles que vous retenir sont-elles différentes de celles considérées par la Dre C. _____, cas échéant voudriez-vous énoncer celles que vous retenir ?

Non mais je me base uniquement sur le problème orthopédique pur sans prendre en compte les autres problèmes, notamment psychologiques, et sur lesquels comme déjà dit précédemment je ne peux et ne veux pas me prononcer.

[...] ».

Ce rapport a été soumis à la Dre C. _____, qui a considéré qu'il n'y avait pas d'élément nouveau lui permettant de retenir une diminution de rendement.

La CNA a rendu sa décision sur opposition le 2 septembre 2025, conforme à sa précédente décision.

C. Par acte du 3 octobre 2025, B. _____ a recouru à l'encontre de cette décision sur opposition devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu implicitement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente d'un degré d'invalidité supérieur. Il a en substance invoqué une incapacité de travail totale, contestant l'évaluation faite par son médecin, le Dr G. _____, le 1^{er} mai 2025. Il a notamment produit un courrier qu'il a écrit le 29 septembre 2025 à ce médecin sollicitant des explications sur cette évaluation.

Dans ses déterminations du 30 octobre 2025, la CNA a conclu au rejet du recours en renvoyant aux considérants de sa décision.

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 taux de la rente d'invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité du recourant découlant de sa capacité de travail résiduelle.

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. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'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. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la 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 ou, le cas échéant, le juge

examine en se fondant essentiellement sur les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3 ; TF 8C_858/2008 du 14 août 2009 consid. 3).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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 ; 129 V 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 134 V 109 consid. 10 ; 117 V 359 consid. 6 ; 117 V 369 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 6 ; 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques

apparus après un accident ou de troubles qui ne sont pas objectivables du point de vue organique, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_867/2015 du 20 avril 2016 consid. 4.2 ; TF 8C_445/2013 du 27 mars 2014 consid. 4.3.1).

Avant d'examiner la réalisation des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité, la jurisprudence a classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Dans le cas d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères définis par la jurisprudence (cf. ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa).

d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3).

4. a) Pour pouvoir examiner le droit aux prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents

que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

b) C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 de l'expert 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 et les références ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) Une valeur probante doit être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à

l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

5. En l'espèce, l'intimée a fondé sa décision sur l'appréciation médicale de la Dre C._____ selon laquelle la situation médicale est stabilisée et la capacité de travail du recourant est entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles sans diminution de rendement.

La Dre C._____ a examiné le recourant à plusieurs reprises dans le cadre de la procédure. Elle a procédé à une appréciation finale en janvier 2025 dans laquelle elle a établi une anamnèse complète, tenu compte des plaintes du recourant, procédé à un examen clinique et motivé ses conclusions, qui sont conformes aux pièces au dossier. Elles peuvent se voir reconnaître pleine valeur probante pour ce qui concerne les lésions physiques dues à l'accident.

6. Le recourant nie disposer d'une capacité de travail résiduelle.

a) Dans le cadre de la procédure d'opposition, il a produit l'avis du Dr G._____ du 1^{er} mai 2025 qui se prononçait sur l'appréciation de la Dre C._____. Le médecin traitant a confirmé la stabilisation de l'état et a admis l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, mais avec une diminution de rendement de 20 %, des pauses étant nécessaires toutes les 60 à 90 minutes pour bouger et changer de position, comme l'avait relevé la Dre C._____.

Cette réduction n'a toutefois pas été admise par la Dre C._____, dès lors qu'elle n'était justifiée par aucun argument médical, le besoin d'alternance des positions qu'elle avait reconnu n'induisant pas une baisse de rendement. Outre le fait qu'il est admis de jurisprudence constante que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5), on relève que le Dr G._____

s'est fondé sur les constats de la Dre C._____ (besoin d'alterner les positions toutes les 60 à 90 minutes) dont il a fait une évaluation divergente (diminution de rendement de 20 %) et n'a pas mis en évidence un élément objectif nouveau par rapport à l'examen final de la médecin d'arrondissement.

b) Dans le cadre du recours, le recourant conteste l'appréciation médicale du Dr G._____, qui est consultant auprès de la clinique K._____ et serait ainsi « *juge et partie* ». Or ce spécialiste est son médecin traitant, qu'il a lui-même décidé de consulter pendant des années. Le seul fait que son médecin traitant soit devenu consultant auprès de la clinique K._____ en cours de traitement n'est pas susceptible d'éveiller un conflit d'intérêt. Le recourant ne se prévaut d'ailleurs d'aucun autre avis médical présentant une autre appréciation.

c) Il apparaît ainsi qu'aucun indice concret ne permet de douter du bien-fondé de l'appréciation de la Dre C._____ relative aux répercussions des lésions physiques sur la capacité de travail. Ses conclusions sont conformes aux pièces médicales qui sont au dossier, en particulier aux dernières constatations des médecins de la clinique K._____ de novembre 2024, qui relevaient des limitations fonctionnelles similaires et posait un pronostic de réinsertion favorable dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, quand bien même le service de réadaptation professionnelle de la clinique K._____ avait émis des réserves sur l'employabilité du recourant sur le premier marché du travail.

Il est lieu de rappeler que la capacité de travail est une question qui doit être évaluée en premier lieu par un médecin (ATF 140 V 193 consid. 3.2). Le rôle de celui-ci est d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler, en se fondant sur des constatations médicales et objectives, soit des observations cliniques qui ne dépendent pas uniquement des déclarations de l'intéressé, mais sont confirmées par le résultat des examens cliniques et paracliniques (TF 8C_96/2021 du 27 mai 2021 consid. 4.3.1). C'est pourquoi les appréciations des médecins l'emportent sur les constatations qui peuvent

être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne concernée pendant le stage (TF 8C_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2 et la référence).

En l'occurrence, les médecins de la clinique K._____ ont indiqué que le pronostic de réinsertion dépendrait de l'évolution d'autres comorbidités et de facteurs contextuels et personnels qui influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le recourant. Or, pour évaluer la capacité de travail, on ne saurait prendre en compte les facteurs extra-médicaux, ni les comorbidités qui ne sont pas en lien de causalité avec l'accident.

7. a) A cet égard, le recourant invoque des atteintes psychiatriques qui auraient été aggravées par les suites de l'accident.

b) D'emblée, il convient de relever que le dossier contient peu d'éléments à ce sujet. Il existe apparemment un trouble dépressif récurrent antérieur à l'accident, dont on ignore s'il a connu une aggravation à la suite de l'accident qui a nécessité un long traitement des lésions physiques et qui a grandement entravé la marche du recourant. Les médecins de la clinique K._____ ont relevé que ce trouble avait nécessité plusieurs hospitalisations sans autre précision. Selon leurs constatations, les comorbidités psychiatriques pourraient exercer une influence sur la capacité de travail alors que le recourant était capable de travailler avant l'accident malgré son trouble dépressif, ce qui pourrait suggérer une aggravation de l'atteinte. Un éventuel lien de causalité naturelle avec une éventuelle péjoration de l'atteinte n'est toutefois pas déterminable en l'état.

c) Il en est de même du lien de causalité adéquate. Pour déterminer l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'aggravation éventuelles des troubles psychiatriques, il convient de classer l'accident, à savoir une chute d'une hauteur d'environ 1 mètre 50, dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite d'un accident de peu de gravité.

On rappellera que pour procéder à la classification de l'accident, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (TF 8C_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 5.2.1 et les références). D'après la casuistique en matière de chutes d'une certaine hauteur, ont été considérées comme faisant partie de la limite supérieure de la catégorie des accidents de gravité moyenne les chutes qui se sont produites d'une hauteur entre 5 et 8 mètres et qui ont entraîné des lésions osseuses relativement sévères (TF 8C_418/2022 du 1^{er} mars 2023 consid. 4.4 ; TF 8C_427/2022 du 28 février 2023 consid. 6.2.3 ; TF 8C_663/2019 du 9 juin 2020 consid. 4.3.2 ; TF 8C_463/2014 du 24 juin 2015 consid. 5.2.2 et les références). En revanche, une chute de deux mètres dans un escalier correspond plutôt à un accident de gravité moyenne, à la limite d'un accident de peu de gravité (TF 8C_315/2023 du 9 janvier 2024 consid. 6.7 ; ATF 148 V 138 consid. 5 ; 129 V 402 consid. 4.4.1 ; 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa), situation qui peut être rapprochée du cas présent.

Or, il n'est pas d'emblée exclu que certains critères définis par la jurisprudence soient suffisamment remplis pour réaliser un lien de causalité adéquate dans ce contexte.

d) En résumé, un trouble dépressif récurrent a été diagnostiqué en 2016 ainsi qu'à chaque séjour auprès de la clinique K. _____ ; ce trouble était préexistant à l'accident, mais, selon le recourant, il aurait été aggravé des suites de l'accident. L'état de santé sur le plan psychiatrique n'a pas été investigué en dehors des séjours à la clinique K. _____ puisqu'il paraissait, dans un premier temps, que l'accident n'avait pas de lien de causalité naturelle avec les atteintes psychiatriques préexistantes. Cela étant, compte tenu notamment des diverses complications qui ont résulté du traitement des lésions physiques, de la longue période d'incapacité de travail et des séquelles physiques de l'accident, il n'est pas exclu qu'au fil du temps, l'atteinte psychiatrique ait été aggravée en raison des suites de

l'accident dont le traitement des lésions n'a connu son épilogue qu'en 2024. En l'absence d'éléments suffisants au dossier, on ne peut ainsi d'emblée nier l'existence d'un lien de causalité entre l'éventuelle péjoration des troubles psychiatriques du recourant et l'accident, ni constater un éventuel *statu quo sine vel ante* qui interromprait le lien de causalité. L'examen des critères définis par la jurisprudence pour se voir reconnaître un lien de causalité adéquate avec l'accident nécessite que soit tranchée au préalable la question de la causalité naturelle entre l'accident et l'aggravation éventuelle des troubles psychiques présentés par le recourant à la suite de l'accident.

Ces points n'ont pas été instruits ni tranchés par l'intimée. La cause doit donc lui être renvoyée pour complément d'instruction sur les éventuelles conséquences de l'accident sur le plan psychiatrique.

8. Vu l'issue du recours, il n'y a pas matière à mettre en œuvre une expertise médicale judiciaire. La conclusion du recourant en ce sens est donc sans objet.

9. a) Il s'ensuit que le recours, bien fondé, doit être admis et la décision sur opposition annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer des dépens au recourant qui a agi sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

I. Le recours est admis.

II. La décision sur opposition rendue le 2 septembre 2025 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

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

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- B. _____,
- 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 :