

S2 24 78

ARRÊT DU 4 MAI 2026

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

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Matthieu Sartoretti, juges ;
Anaïs Mottiez, greffière

en la cause

X _____, recourant, représenté par Maître Marie Franzetti, avocate, Sion

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA),
intimée

(art. 19 al. 1 LAA ; stabilisation de l'état de santé, valeur probante de l'avis du médecin-
conseil de l'assurance)

Faits

A. X _____, ressortissant portugais né le xx-xx 1965, divorcé et père de six enfants majeurs, n'est au bénéfice d'aucune formation certifiée. Depuis son arrivée en Suisse en 2006, il a œuvré en tant que maçon non qualifié auprès de diverses entreprises. Dès le 1^{er} décembre 2014, il a été placé par A _____ SA auprès de B _____ SA, à C _____, pour une mission en tant que maçon. A ce titre, il était assuré contre les risques d'accidents professionnels et non professionnels ainsi que de maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA ; pièces CNA 2 et 72).

B. Le 10 décembre 2014, le prénommé a chuté sur un chantier et s'est blessé au niveau du genou gauche (fracture du plateau tibial externe gauche de type Schatzker II avec fracture du péroné proximal). Il a été pris en charge le jour même à D _____, où il a subi une réduction fermée et la mise en place d'un fixateur externe fémoro-tibial. Le 15 décembre suivant, il a été procédé à l'ablation du fixateur externe et à l'ostéosynthèse du plateau tibial gauche (pièces CNA 10, 16, 25 et 27).

Le 19 janvier 2015, la CNA a informé l'assuré qu'elle lui allouait les prestations d'assurance pour les suites de l'accident professionnel du 10 décembre précédent (pièce CNA 20).

Malgré une évolution post-opératoire lentement favorable, l'intéressé a continué à souffrir de douleurs au genou gauche. Le 25 janvier 2016, il a ainsi subi une ablation du matériel d'ostéosynthèse du plateau tibial gauche (pièces CNA 51, 71 et 86).

Un essai de reprise thérapeutique a été convenu entre l'assuré et son employeur à partir du 14 avril 2016. Cette reprise s'est relativement bien passée, même si le plein rendement n'a pas été atteint et que les débuts de journée étaient difficiles (pièces CNA 93, 94 et 96).

A l'issue d'un examen final réalisé le 29 juin 2016, le Dr E _____, spécialiste FMH en chirurgie générale et traumatologie et médecin d'arrondissement, a retenu qu'à 18 mois de l'accident ayant entraîné une fracture du plateau tibial externe gauche et de la tête du péroné gauche, l'évolution était globalement positive avec une consolidation acquise et le retrait du matériel d'ostéosynthèse en janvier 2016. Le Dr E _____ a néanmoins relevé que l'état de santé de l'intéressé était marqué par une rééducation insuffisante avec des douleurs persistantes et une insécurité lors de certains actes de la

vie quotidienne, que le cas n'était pas encore stabilisé et que l'assuré avait été adressé à la F _____. Dans une activité adaptée (pas de position debout de manière prolongée, pas de marche prolongée ni en terrain irrégulier, pas de montée ou descente d'escaliers, d'échelles ou de talus de façon répétée, pas de port de charges supérieures à 5-10 kg de façon répétée et pas de travail accroupi ou à genoux), le Dr E _____ a estimé que l'assuré pourrait avoir un horaire de travail complet avec un rendement normal (pièce CNA 106).

L'intéressé a séjourné du 30 novembre 2016 au 10 janvier 2017 à la F _____, où il a suivi une rééducation stationnaire intensive et un bilan multidisciplinaire en raison de douleurs et limitations fonctionnelles du genou gauche. Les médecins de la F _____ ont retenu que l'évolution subjective et objective était favorable, que la situation n'était pas stabilisée et que le pronostic de réinsertion était défavorable tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée (pas de longs déplacements, pas de marche en terrain accidenté, pas de port de charges lourdes, pas de positions accroupie ou à genoux, pas de position debout prolongée, pas de montée/descente d'échelles ou d'escaliers), en raison de facteurs médicaux sans lien avec l'accident ainsi que de facteurs contextuels influençant négativement les aptitudes fonctionnelles de l'assuré (pièce CNA 143).

Suite à un examen médical du 27 mars 2017, le Dr E _____ a noté le développement d'une gonarthrose externe gauche débutante rendant l'évolution défavorable. Il a estimé que la poursuite d'un traitement médical ne permettrait pas une amélioration significative de l'état de santé de l'intéressé, de sorte que le cas devait être considéré comme stabilisé. Après avoir confirmé les limitations fonctionnelles posées en juin 2016, le Dr E _____ a estimé que la capacité de travail de l'assuré était entière avec un rendement normal dans une activité adaptée et que les séquelles de l'accident lui donnaient droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI), qu'il a estimée à 10 % en se basant sur la table 5.2 du barème d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, qui prévoyait une indemnité de 10 % à 30 % pour une gonarthrose moyenne. Le Dr E _____ a précisé que cette IPAI devrait être révisée en cas d'aggravation (pièces CNA 150 et 151).

Le 7 avril 2017, la CNA a informé l'intéressé que, compte tenu de l'avis de son service médical, elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 avril 2017. Celui-ci a toutefois dû subir, le 16 juin 2017, une arthroscopie du genou gauche qui a été considérée comme une rechute justifiant la reprise du

versement des prestations mentionnées ci-avant (pièces CNA 155, 160, 169, 194 et 203).

En raison d'une gonarthrose sur fracture du plateau tibial externe enfoncé gauche, le Dr G _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a procédé à une arthroplastie totale du genou gauche de l'intéressé le 30 novembre 2017. Les suites de cette opération se sont d'abord révélées favorables, avant que l'assuré ne se plaigne d'une rotule subluxant vers l'extérieur en raison d'une déchirure de l'aileron interne consécutif à une physiothérapie intensive. Cette déchirure, confirmée par un ultrason du 9 février 2018, a nécessité une intervention consistant en une suture de l'aileron interne en date du 22 février 2018 (pièces CNA 189, 201, 211 et 214).

A l'issue d'un examen médical réalisé le 8 août 2018, le Dr E _____ a indiqué que l'évolution était marquée par des gonalgies gauches invalidantes situées dans la partie antérieure de l'articulation et a préconisé la mise en œuvre d'un second séjour à la F _____ dans le but d'intensifier la physiothérapie de mobilisation et de proprioception et d'effectuer un bilan à la recherche des causes de ces gonalgies. Ce séjour a eu lieu du 29 août 2018 au 25 septembre suivant et a permis de confirmer les limitations fonctionnelles posées lors du premier séjour. Les médecins de la F _____ ont également retenu qu'une stabilisation était attendue dans un délai de trois mois et que le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée était favorable. Les douleurs étant toujours conséquentes à l'issue de ces trois mois, un nouveau séjour s'est déroulé du 6 février 2019 au 5 mars suivant à la F _____, où l'exigibilité retenue était identique à celle faisant suite au deuxième séjour de l'assuré (pièces CNA 245 et 258).

Le 9 mai 2019, le Dr G _____ a relevé que l'évolution de son patient était défavorable avec une gonalgie importante en interne et un périmètre de marche fortement limité. Afin d'évaluer la prothèse totale du genou gauche et de déterminer si un geste chirurgical s'avérerait nécessaire, il l'a adressé au Dr H _____, médecin adjoint du Service de chirurgie orthopédique et traumatologie des I _____. Le 11 juillet 2019, le Dr H _____ a proposé d'effectuer une ponction du genou gauche afin de détecter une éventuelle infection. Cette intervention a eu lieu une première fois le 22 août suivant, puis à nouveau le 29 novembre 2019 (pièces CNA 296, 310, 317 et 340).

Le 4 février 2020, le Dr H _____ a indiqué que les résultats de la dernière ponction étaient négatifs, ce qui était rassurant mais ne permettait pas d'exclure totalement une

infection, et qu'un changement de prothèse était envisageable compte tenu des douleurs qui s'étaient amplifiées (pièce CNA 353).

Le 14 février 2020, le Dr E _____ a approuvé le souhait de l'assuré de se faire opérer par le Dr G _____, qui proposait, conformément à l'avis du Dr H _____, de réaliser une nouvelle arthroplastie totale du genou gauche en deux temps avec ablation de prothèse, mise en place d'un spacer, examen bactériologique et ré-arthroplastie six semaines plus tard. Dans une seconde appréciation du même jour, le Dr E _____ a estimé que l'IPAI devait être augmentée à 40 % compte tenu de l'évolution défavorable avec gonalgies persistantes nécessitant de multiples examens et interventions chirurgicales (pièces CNA 358 s.).

Le 14 mai 2020, l'intéressé a subi une ablation de la prothèse totale du genou gauche et la mise en place d'un spacer. Le 18 juin suivant, il a été procédé à la réimplantation d'une prothèse totale du genou gauche avec revêtement anti-allergène. L'évolution post-opératoire a été lentement favorable, avec une diminution des douleurs (pièces CNA 380, 389 et 430).

Le 10 mai 2021, le Dr G _____ a indiqué que le pronostic était très lentement favorable avec des douleurs résiduelles à la marche en fin de journée. Il a ajouté qu'une échographie du genou gauche réalisée le 8 avril précédent avait mis en évidence une brèche aponévrotique du muscle tibial antérieur avec une protrusion musculaire à l'endroit de la dépression et qu'il convenait de suivre l'évolution de cette brèche. Le 22 juin 2021, le Dr G _____ a ajouté que, malgré une amélioration de son état de santé, son patient ne pourrait pas reprendre son activité habituelle de maçon et qu'il faudrait envisager une réinsertion professionnelle (pièces CNA 454 et 474).

Le 30 juin 2021, la Dresse J _____, médecin d'arrondissement et spécialiste en médecine interne générale et médecine intensive, a conclu, au vu du dernier rapport du Dr G _____, que la stabilité médicale était atteinte. Elle a précisé que le fait que l'assuré puisse encore présenter une légère amélioration des amplitudes articulaires ne modifiait pas significativement la stabilité et qu'il fallait prendre en charge la poursuite de la physiothérapie pendant encore au moins un an afin de maintenir les acquis. Dans une activité adaptée (pas de port de charges supérieures à 10-15 kg de manière répétée, pas de marche en terrain irrégulier, pas de marche prolongée en terrain plat, pas de montée/descente répétée d'escaliers, d'échafaudages ou d'échelles, pas d'activité accroupie ou à genoux, pas d'utilisation du membre inférieur en porte-à-faux), la Dresse

J _____ a retenu que l'intéressé conservait une pleine capacité de travail avec un rendement normal (pièce CNA 480).

Le 5 juillet 2021, la CNA a informé l'assuré que la poursuite du traitement n'était pas susceptible d'apporter une sensible amélioration de son état, si bien qu'elle mettait fin au versement des frais de traitement ainsi que des indemnités journalières au 31 juillet suivant. Après avoir appris que l'intéressé se fut opposé à ce prononcé le 12 juillet 2021, la Dresse J _____ a rendu, le 22 juillet suivant, une appréciation médicale détaillée dans laquelle elle a maintenu sa position (pièces CNA 490, 503 et 507).

Le 27 juillet 2021, le Dr G _____ a relevé que son patient se plaignait toujours d'une douleur dans la jambe gauche en raison d'une déchirure de l'aponévrose du jambier antérieur, que le traitement n'était pas terminé et qu'il était trop tôt pour qu'il reprenne une activité, en raison de ces douleurs et de la rééducation intensive. Le 2 août suivant, la Dresse J _____ a estimé que ces informations ne modifiaient pas ses conclusions (pièces CNA 512 et 513).

Un CT (computed tomography) réalisé le 24 août 2021 a mis en évidence un trait clair entre l'os et le ciment de la pièce tibiale avec un aspect morcelé du ciment, compatible avec des signes de descellement de la prothèse du genou gauche. Le 3 septembre suivant, le Dr G _____ a procédé à une ponction du genou gauche afin d'investiguer ce descellement. Le 28 septembre 2025, il a indiqué qu'une scintigraphie osseuse du 22 septembre précédent avait confirmé un descellement mécanique de la composante tibiale de la prothèse totale du genou gauche, si bien qu'un nouveau changement de prothèse s'imposait (pièces CNA 525, 532 et 535).

Le 29 septembre 2021, la Dresse J _____ a admis que le descellement de la prothèse constituait une nouvelle complication postérieure à son appréciation et a noté que ses conclusions devaient être mises entre parenthèses jusqu'à prise en charge chirurgicale et nouvelle stabilisation. Le même jour, la CNA a informé l'assuré qu'elle reprenait le paiement des indemnités journalières dès le 1^{er} août 2021 (pièces CNA 538 et 548).

Le 25 janvier 2022, il a été procédé au changement du plateau tibial de la prothèse totale du genou gauche. Les 21 février et 7 avril suivant, le Dr G _____ a relevé que les résultats de la sonication du nouvel implant avaient mis en évidence une infection au cutibactérium acnes de la prothèse totale du genou gauche, nécessitant la prise d'antibiotiques durant 3 mois. L'évolution était toutefois lentement favorable (pièces CNA 594, 611 et 625).

Le 20 juin 2022, la Dresse J _____ a estimé qu'une stabilisation était attendue avant mi-juillet, que les limitations retenues lors de son appréciation du 22 juillet 2021 étaient toujours valables, que la capacité de travail de l'intéressé était entière dans une activité adaptée et que ce dernier avait bénéficié d'une IPAI trop élevée de 40 % pour une gonarthrose, alors que l'arthrodèse équivalait à une IPAI de 25 % (pièce CNA 636).

Le 27 juillet 2022, le Dr G _____ a indiqué que l'évolution était lentement favorable, sans surinfection après 3 mois d'antibiotiques, et que le traitement en cours consistait en de la physiothérapie à sec et en piscine. Le 16 août suivant, la Dresse J _____ a ainsi confirmé la stabilisation du cas et l'exigibilité posée dans sa précédente appréciation (pièces CNA 647 et 652).

Le 30 août 2022, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettrait fin au versement des indemnités journalières dès le 30 septembre suivant et qu'elle cessait le paiement des soins médicaux, exception faite de la prise en charge de 4 séries de 9 séances de physiothérapie. Celui-ci, représenté par Me Marie Franzetti, a contesté ce prononcé le 5 septembre 2022, arguant que sa situation n'était pas stabilisée, un CT du genou du 17 août 2022 ayant montré un nouveau descellement entre le ciment prothétique et les structures osseuses. Il a réitéré son propos le 12 et le 17 septembre suivant (pièces CNA 659, 660, 664 et 667).

Le 24 octobre 2022, la Dresse J _____ a considéré que l'assuré avait les mêmes limitations fonctionnelles depuis plus d'une année et que le fait qu'il existe une gonalgie résiduelle, une infection à bas bruit et un descellement radiologique ne justifiait pas la poursuite d'une incapacité de travail à temps plein, l'exercice d'une activité sédentaire étant exigible à 100 % (pièce CNA 682).

Le 26 octobre 2022, le Dr G _____ a posé le diagnostic de descellement de la prothèse totale du genou gauche sur infection à bas bruit au cutibactérium acnès et a fait savoir à la Dresse J _____ qu'il fallait prévoir une ablation de cette prothèse et son remplacement (pièce CNA 691).

Le 7 novembre 2022, le Dr K _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a estimé que même l'exercice d'une activité adaptée ne se justifiait pas pour le moment, qu'une incapacité totale de travail était évidente et qu'une nouvelle opération de remplacement de la prothèse totale du genou gauche était à prévoir. Compte tenu de cet avis, la CNA a déclaré qu'elle reprenait le versement de l'indemnité journalière au-delà du 30 septembre 2022 (pièces CNA 700 et 705).

Le 3 août 2023, l'assuré a subi une troisième révision de la prothèse totale du genou gauche avec ablation de l'ancienne prothèse et mise en place d'une nouvelle, dont l'évolution a été très lentement favorable avec des douleurs résiduelles et un manque de mobilité (pièces CNA 798, 819 et 822).

Le 3 janvier 2024, la Dresse J _____ a estimé que la situation était probablement stabilisée, une amélioration significative permettant à l'intéressé une reprise de son ancienne activité professionnelle physiquement contraignante étant virtuellement impossible à imaginer sur un genou opéré à 14 reprises. Elle a ajouté qu'il se justifiait de poursuivre la physiothérapie jusqu'à un an post-opératoire et qu'une aggravation notable n'était pas survenue chez un assuré présentant des gonalgies depuis 2019. La Dresse J _____ a par ailleurs confirmé l'exigibilité déjà retenue et les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 7.5-10 kg, pas de port répété de charges supérieures à 5 kg, pas de longs déplacements, même en terrain plat, ni de déplacements en terrain accidenté, pas de position contraignante pour le genou (accroupi, à genoux), pas de position debout de façon prolongée, pas de montée/descente d'escaliers ou d'échelles (pièce CNA 830).

Le 3 janvier 2024, la CNA a informé l'assuré qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable, de sorte qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 janvier 2024. La poursuite du traitement de physiothérapie était toutefois prise en charge jusqu'au 31 juillet 2024 (pièce CNA 838).

Le 8 janvier 2024, l'intéressé a contesté la position de la CNA et estimé que son cas n'était pas stabilisé. Le 11 janvier suivant, il a ajouté que le Dr H _____ avait fait état, dans un rapport de consultation du 22 décembre 2023, d'une possible évolution et de l'absence de stabilisation du cas (pièces CNA 851 et 845).

Le 11 janvier 2024, le Dr G _____ a indiqué à la Dresse J _____ que son patient se plaignait toujours de douleurs résiduelles occasionnées par le changement de prothèse et que le cas ne pouvait pas être considéré comme stabilisé en raison de ces douleurs. Le 29 janvier suivant, la Dresse J _____ a retenu que la situation de l'assuré n'avait pas changé depuis une année malgré la réimplantation de la prothèse, ce qui n'était pas étonnant, et qu'il était peu vraisemblable que quelques mois de physiothérapie permettent une amélioration significative de l'état de ce genou multi-opéré. Elle a ainsi confirmé son appréciation du 3 janvier précédent (pièces CNA 848 et 851).

C. Par décision du 6 février 2024, la CNA a relevé que les investigations sur les plans médical et économique avaient mis en évidence une diminution de la capacité de gain de 17 %, de sorte qu'elle a octroyé à l'intéressé une rente d'invalidité à hauteur de ce taux. Elle lui a également reconnu le droit à une IPAI de 40 % (pièce CNA 870).

Le 28 février 2024, le Dr H _____ a indiqué qu'à six mois de la dernière intervention, la situation n'était pas encore stabilisée, qu'après une prothèse totale du genou, il était possible d'observer une lente amélioration jusqu'à environ un an et demi après l'opération, qu'une période similaire devait être retenue en l'espèce même s'il s'agissait d'une « X^{ème} opération » et qu'une éventuelle ablation des vis de fixation de la tubérosité tibiale antérieure pourrait être considérée en cas de bonne consolidation et pourrait améliorer une partie des douleurs, même si ce geste ne permettait souvent pas d'améliorer la fonction et le résultat global (pièce CNA 877).

Le 11 mars 2024, l'assuré s'est opposé à la décision du 6 février précédent, se fondant en particulier sur le rapport du 28 février 2024 du Dr H _____ et soutenant qu'il n'était pas possible de considérer sa situation comme stabilisée (pièce CNA 879).

Le 3 avril 2024, L _____ SA, assureur-accidents de l'intéressé, a également formé opposition à l'encontre de la décision de la CNA du 6 février précédent, estimant qu'il était peu probable que le cas soit stabilisé alors que l'implantation de prothèse datait d'août 2023 et que l'assuré avait été déjà subi de multiples opérations au niveau du genou (pièce CNA 883).

Par décision sur opposition du 2 juillet 2024, la CNA a écarté les griefs de l'assuré et de L _____ SA et a confirmé son projet de décision du 6 février précédent (pièce CNA 909).

Le 3 juillet 2024, la CNA a informé l'intéressé qu'elle acceptait de prendre en charge une infiltration prévue le 15 juillet suivant, sans que cela ne remette en question la stabilité médicale acquise ni l'exigibilité définie. Le 2 septembre 2024, la CNA a encore accepté la prise en charge d'une ablation des trois vis d'ostéosynthèse, préconisée par le Dr H _____ afin d'améliorer une partie des douleurs, tout en précisant que seule une incapacité de travail de six semaines serait prise en charge suite à cette opération, à l'issue de quoi l'assuré serait de nouveau apte à travailler selon l'exigibilité posée par la Dresse J _____ (pièces CNA 911 s., 919, 922 et 925).

D. X _____ a recouru céans le 4 septembre 2024 à l'encontre de la décision sur opposition du 2 juillet précédent, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation

de cette décision, à la poursuite du versement des indemnités journalières dès le 1^{er} février 2024 et, subsidiairement, à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100 %. Plus subsidiairement, il a conclu au renvoi du dossier à la CNA pour nouvelle décision. Il a en substance soutenu que son état de santé n'était pas stabilisé au 1^{er} février 2024, soit 5 mois après la dernière opération (troisième révision de la prothèse totale du genou gauche le 3 août 2023), que l'avis de la Dresse J _____, qui ne disposait d'aucune spécialisation en matière de chirurgie du genou, affirmant le contraire ne présentait aucune valeur probante et qu'il convenait de se rallier aux conclusions du Dr H _____, dont un rapport du 21 août 2024 était annexé à son écriture, qui affirmait qu'une amélioration de l'état de santé était possible chez certains patients au-delà d'un an après l'opération. Le recourant a ajouté qu'une nouvelle opération (ablation des vis d'ostéosynthèse) était envisagée afin d'améliorer une partie des douleurs, qu'il n'était pas démesuré, à une année post-opératoire, d'exiger la prise en charge de cette opération par la CNA et que celle-ci devait prêter jusqu'à stabilisation de son état de santé après cette ablation des vis d'ostéosynthèse. Si son état de santé devait, par hypothèse, être considéré comme stabilisé, il a contesté le taux de rente de 17 % calculé par la CNA et a soutenu avoir droit à une rente entière, aucune activité lucrative, même adaptée, ne pouvant être exercée. Le 11 septembre suivant, il a ajouté que la CNA lui avait confirmé la prise en charge de l'intervention prévue le même jour (ablation des vis d'ostéosynthèse) et d'une incapacité de travail de 6 semaines suite à celle-ci.

Dans sa réponse du 7 octobre 2024, la CNA a relevé que le fait qu'elle ait, postérieurement à la décision sur opposition contestée, pris en charge l'intervention visant à l'ablation des vis d'ostéosynthèse n'était pas déterminant, dès lors que l'état de fait pertinent était délimité par le moment où la décision litigieuse avait été rendue. Elle a ajouté avoir toutefois transmis les nouvelles pièces médicales à la Dresse J _____ qui, dans une appréciation du 25 septembre 2024, avait indiqué qu'il était à prévoir que cette intervention n'apporterait pas une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré, de sorte que la date de stabilisation du cas n'était pas remise en cause. La CNA a ainsi conclu au rejet du recours.

Le 4 novembre 2024, le recourant a maintenu sa position. Il s'est pour ce faire fondé sur un rapport du 31 octobre précédent du Dr H _____, qui a estimé qu'à un an et trois mois de la chirurgie de révision la situation pouvait être considérée comme stabilisée, que cela n'était pas le cas auparavant, que cette opération avait permis une légère amélioration de la situation mais qu'elle n'avait pas modifié de manière significative les limitations fonctionnelles, que l'activité habituelle de son patient n'était plus exigible et

qu'il lui était difficile de se prononcer sur dites limitations, mais que la reprise d'une activité, même adaptée, lui semblait compliquée. Le Dr H _____ a ainsi préconisé un nouveau séjour à la F _____ afin de déterminer la capacité de travail résiduelle de l'intéressé.

Le 20 novembre 2024, la CNA a indiqué avoir soumis le rapport du Dr H _____ à la Dresse J _____, qui a maintenu ses conclusions. Sur cette base, la CNA a relevé que le Dr H _____ admettait désormais que les conclusions de la Dresse J _____ étaient fondées et que l'intervention du 11 septembre 2024 avait échoué à améliorer la situation du recourant sur le plan objectif. L'intimée a ajouté que la notion de stabilisation n'était pas la même du point de vue assécurologique que du point de vue médical, ce qui expliquait les appréciations différentes des Drs H _____ et J _____.

Le 9 décembre 2024, le recourant a affirmé que la stabilité médicale devait prévaloir et que celle-ci n'était pas atteinte 5 mois après sa dernière révision de prothèse, soit en janvier 2024.

L'échange d'écritures a été clos le 10 décembre 2024.

Le 16 janvier 2025, Me Franzetti a transmis céans un décompte de frais et honoraires encourus dans le cadre de la présente cause afin d'allouer une juste indemnité de dépens à son mandant s'il devait avoir gain de cause.

Le 17 décembre 2025, le recourant a déposé en cause un rapport, rédigé en portugais, du 12 décembre précédent émanant du Dr M _____ et a relevé que ce médecin attestait une suspicion de descellement tibial du composant prothétique nécessitant de nouveaux examens tels qu'un scanner et une scintigraphie. Il a estimé que ces constatations s'inscrivaient dans le prolongement de celles émises le 31 octobre 2024 par le Dr H _____.

Le 14 janvier 2026, la CNA a indiqué que la situation décrite dans le rapport – bien ultérieur à la décision contestée – du Dr M _____ n'était pas en lien avec le présent litige, le recourant évoquant lui-même une nouvelle rechute. La CNA a ajouté qu'il lui appartenait d'annoncer celle-ci en bonne et due forme, afin que ses services compétents puissent se déterminer.

Le 29 janvier 2026, le recourant a réaffirmé que le rapport du Dr M _____ s'inscrivait dans la continuité des constatations médicales au dossier, en particulier celles du Dr H _____, et que ce document prouvait que sa situation n'était pas stabilisée.

Considérant en droit

1. Selon l'article 1 alinéa 1 LAA, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

Remis à la poste le 4 septembre 2024, le recours à l'encontre de la décision sur opposition du 2 juillet précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours compte tenu des fériés d'été (art. 38 al. 4 et 60 LPGA) et devant la Cour de céans, compétente à raison du lieu et de la matière (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

2.

2.1 Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était en droit de mettre fin à ses prestations (soins médicaux et indemnités journalières) au 31 janvier 2024 et de considérer que le recourant était dès lors apte à travailler à plein temps avec un rendement normal dans une activité adaptée.

2.2 Selon l'article 6 alinéa 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

L'article 10 alinéa 1 LAA prévoit que l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Ce droit s'étend à toutes les mesures qui visent à améliorer l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. En outre, durant son incapacité de travail (art. 6 LPGA), l'assuré a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Ce droit prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA).

En vertu de l'article 19 alinéa 1 LAA, le droit à la rente prend naissance lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration

de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Cette disposition délimite du point de vue temporel le droit au traitement médical, respectivement aux indemnités journalières, et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (arrêts du Tribunal fédéral 8C_20/2022 du 10 juin 2022 consid. 6.2 et 8C_655/2018 du 31 octobre 2019 consid. 6.2).

La preuve que le traitement médical permettra d'atteindre une amélioration de l'état de santé ou d'éviter une péjoration de cet état doit être établie avec une vraisemblance suffisante ; elle est rapportée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration (arrêts du Tribunal fédéral 8C_584/2009 du 2 juillet 2010 consid. 2 et 8C_112/2014 du 23 janvier 2015 consid. 2.1). Le traitement médical n'est alloué qu'aussi longtemps que sa continuation est susceptible d'apporter une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré. L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. 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, étant précisé que l'amélioration attendue de la continuation du traitement médical doit être significative et que des améliorations mineures ne suffisent ainsi pas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_20/2022 du 10 juin 2022 consid. 6.2). 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 ne donnent droit à sa mise en œuvre (arrêt du Tribunal fédéral 8C_142/2017 du 7 septembre 2017 consid. 4 et la référence citée). Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral 8C_736/2017 du 20 août 2018 consid. 4.1 et la référence citée). Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 2.3). 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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2 et 8C_484/2019 du 3 août 2020 consid. 3 et les arrêts cités).

2.3 Dans le domaine des assurances sociales, l'autorité fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 135 V 39 consid. 6.1). Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré

seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 353 consid. 5b ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré ; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a).

L'autorité compétente doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêt du Tribunal fédéral 8C_155/2012 du 9 janvier 2013 consid. 3.2 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-1472/2012 du 24 mars 2014 consid. 7.1.1 et C-6844/2011 du 5 juin 2013 consid. 7.1). Elle peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 125 V 351 consid. 3a ; SVR 2007 IV n° 31 p. 111 [I 455/06] consid. 4.1). Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt du Tribunal fédéral 9C_106/2011 du 14 octobre 2011 consid. 3.3). En particulier, une expertise sera mise en œuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5618/2012 précité consid. 7). Le cas échéant, l'autorité peut par ailleurs renoncer à l'administration d'une preuve, si elle acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourrait l'amener à modifier son opinion (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3, 141 I 60 consid. 3.3, 130 II 425 consid. 2.1 et 125 I 127 consid. 6c/cc).

Il ne se justifie pas d'écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 4A_172/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 3.5 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-4232/2011 du 17 juillet 2012 consid. 5 et C-3456/2010 du 23 janvier 2012 consid. 8). En ce qui concerne en particulier les documents produits par le service médical de l'assureur, le Tribunal fédéral n'exclut pas que ce dernier ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de

ceux-ci (ATF 122 V 157 consid. 1d). En revanche, lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'article 44 LPGa, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5, 142 V 58 consid. 5.1, 139 V 225 consid. 5.2 et 135 V 465 consid. 4.4). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'article 44 LPGa (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Par ailleurs, le juge doit avoir égard au fait que la relation de confiance unissant un patient à son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci ; cela ne justifie cependant pas en soi d'évincer tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1).

En présence de rapports médicaux contradictoires, le juge des assurances sociales ne peut notamment pas trancher le litige sans apprécier toutes les pièces médicales et exposer les motifs pour lesquels il se fonde sur un avis médical plutôt que sur un autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant de savoir si cet acte est complet compte tenu des droits contestés, s'il est fondé sur des examens approfondis en tous points, s'il tient compte des affections dont se plaint l'intéressé, s'il a été établi en connaissance de l'anamnèse, si l'exposé du contexte médical est cohérent, voire si l'appréciation de la situation médicale est claire, et si les conclusions de l'expert sont dûment motivées. Ne sont donc en soi déterminantes pour la valeur probante d'un moyen de preuve ni la provenance d'une prise de position reçue ou demandée par le biais d'un mandat ni sa désignation en tant que rapport ou expertise. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète et approfondie, elle ne saurait être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Il ne peut en aller différemment que si lesdits médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_543/2011 du 19 janvier 2012 consid. 2.3.1). De plus, on rappellera que la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations

médicales établies sur la base d'un examen concret (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 492/00 du 31 juillet 2001).

2.4 De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue ; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et 131 V 242 consid.2.1). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (arrêt du Tribunal fédéral 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1 et les autres arrêts cités).

3.

3.1 En l'espèce, la CNA s'est fondée sur l'appréciation du 3 janvier 2024, confirmée les 29 janvier suivant, 25 septembre 2024 et 12 décembre 2024, de la Dresse J _____, médecin d'arrondissement et spécialiste en médecine générale et médecine intensive, pour retenir que la situation était stabilisée, une amélioration significative permettant à l'intéressé de reprendre son ancienne activité de maçon étant impossible à imaginer sur un genou opéré à 14 (*recte* : 13) reprises, et qu'à cinq mois de la dernière révision de la prothèse totale du genou gauche, une pleine capacité de travail était exigible du recourant dans une activité adaptée. Celui-ci se base quant à lui principalement sur l'avis du Dr H _____, médecin adjoint du Service de chirurgie orthopédique des I _____, pour soutenir qu'une amélioration de l'état de santé était possible chez certains patients au-delà d'un an après l'opération, si bien que son cas ne pouvait pas être considéré comme stabilisé dès le 1^{er} février 2024, ce d'autant moins qu'une nouvelle opération (ablation des vis d'ostéosynthèse) était envisagée afin d'améliorer une partie des douleurs. Subsidiairement, il estime qu'aucune activité, même adaptée, n'est exigible de sa part et requiert l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

3.2 A la lecture des pièces au dossier, force est de constater que l'argumentation du recourant ne peut pas être suivie. En effet, comme cela a été rappelé ci-dessus (cf. *supra* consid. 2.2), le traitement médical n'est alloué qu'aussi longtemps que sa continuation est susceptible d'apporter une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré, l'utilisation du terme « sensible » par le législateur montrant 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 ne donnent droit à sa mise en œuvre. Or, dans son rapport du 28 février 2024, le Dr H _____ a certes estimé que la situation de son patient n'était pas stabilisée, mais il n'a proposé aucun traitement médical permettant d'améliorer sensiblement l'état de celui-ci. Le Dr H _____ a simplement expliqué, de manière toute générale, qu'après une prothèse totale du genou, il était possible d'observer une lente amélioration dans un délai d'un an et demi à compter de l'intervention, même pour une personne multi-opérée. Il a ajouté qu'une éventuelle ablation des vis d'ostéosynthèse était envisageable pour améliorer une partie des douleurs, mais que très souvent, ce geste ne permettait d'améliorer ni la fonction ni le résultat global. Le 24 août 2024, le Dr H _____ a notamment ajouté que la littérature médicale n'était pas suffisante pour prévoir l'évolution temporelle dans le cas d'une troisième révision de prothèse totale du genou, mais que les résultats étaient souvent pires qu'après une première révision, et qu'il était difficile d'estimer l'amélioration qu'apporterait l'intervention prévue (ablation des vis), une amélioration notable étant tout au plus possible. Cela ne s'est toutefois pas produit en l'occurrence. En effet, dans un rapport du 31 octobre 2024, le Dr H _____ a reconnu que l'intervention du 11 septembre précédent avait uniquement permis une légère amélioration de la symptomatologie, mais que le genou gauche de son patient restait douloureux et invalidant et que les limitations fonctionnelles demeuraient. Le Dr H _____ semble également reconnaître dans ce rapport qu'il était possible de considérer le cas comme stabilisé déjà à 3-4 mois de la dernière révision de prothèse totale du genou, comme l'a fait la Dresse J _____, mais soutient qu'il était nécessaire d'effectuer tout geste relativement peu invasif pour essayer d'améliorer la situation. Il conclut dans ce dernier rapport que la situation peut désormais être considérée comme stabilisée et que l'activité habituelle de maçon n'est plus exigible. Quant à l'exercice d'une activité adaptée, il a relevé qu'il lui était difficile de se prononcer sur les limitations fonctionnelles de l'assuré, mais qu'il estimait compliquée la reprise d'une activité, même adaptée. Il découle ainsi de ce qui précède que le Dr H _____ n'a, d'une part, aucunement fait état d'un traitement susceptible d'apporter une amélioration sensible de l'état de santé de son patient au-delà du 1^{er} février 2024 et, d'autre part, qu'il ne s'est pas prononcé sur sa capacité résiduelle dans une activité adaptée. En outre, le rapport du 11 janvier 2024 du Dr G _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, n'est d'aucun secours au recourant, dans la mesure où ce médecin n'indique pas qu'une amélioration sensible de l'état de l'intéressé était à attendre de la poursuite d'un traitement médical, se contentant d'estimer que le cas n'était pas stabilisé en raison de douleurs résiduelles au niveau du

genou gauche, et ne se détermine pas sur les limitations fonctionnelles de l'assuré ni sur l'exigibilité d'exercer une activité adaptée.

3.3 A l'inverse, la Cour relève que l'avis du 3 janvier 2024 de la Dresse J _____, complété le 29 janvier suivant, le 25 septembre 2024 et le 12 décembre 2024, estimant que la situation était stabilisée et qu'à cinq mois de la dernière révision de la prothèse totale du genou gauche, une pleine capacité de travail était exigible du recourant dans une activité adaptée, bénéficie d'une pleine valeur probante. En particulier, la Dresse J _____ a pris en compte les différents avis médicaux figurant au dossier, notamment ceux des Drs H _____ et G _____, mis en avant par le recourant, a établi son rapport en pleine connaissance de l'anamnèse et s'est fondée sur des examens complets. A cet égard, la Cour considère qu'il n'était pas nécessaire pour le médecin d'arrondissement d'effectuer un examen personnel de l'intéressé, la situation médicale ayant été essentiellement établie par les différents intervenants, de sorte qu'un examen direct de l'assuré passait au second plan (arrêts du Tribunal fédéral 9C_589/2010 du 8 septembre 2010 consid. 2 et 9C_323/2009 du 22 mai 2009 consid. 4.2 et 4.3). En outre, la Dresse J _____ a dûment expliqué pour quelles raisons la situation devait être considérée comme stabilisée à 5 mois de la dernière révision de prothèse totale du genou (août 2023), soit parce que l'assuré présentait les mêmes amplitudes articulaires qu'auparavant et les mêmes plaintes algiques que depuis 2019 et qu'une amélioration significative permettant à celui-ci de reprendre son ancienne activité de maçon était impossible à imaginer sur un genou opéré à 14 (*recte* : 13) reprises, étant précisé que la stabilisation assécurologique n'était pas équivalente à la stabilisation médicale et n'engendrait pas nécessairement une fin de suivi médical. Enfin, la Dresse J _____ s'est dûment prononcée sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, en estimant que l'exercice d'une activité adaptée (pas de port de charges supérieures à 7.5-10 kg, pas de port de charges supérieures à 5 kg de manière répétée, pas de longs déplacements que ce soit en terrain accidenté ou plat, pas de position accroupie ou à genoux, pas de position debout de manière prolongée, pas de montée/descente d'escaliers ou d'échelles) était exigible à plein temps et avec un rendement complet dès le 1^{er} février 2024.

3.4 S'agissant enfin du descellement de la partie tibiale de la prothèse du genou relevée par le Dr M _____ dans son rapport du 12 décembre 2025, la Cour relève, à l'instar de l'intimée, que ce rapport est largement postérieur à la décision litigieuse et constitue – aux dires mêmes du recourant (cf. courrier du 17 décembre 2025) – un élément nouveau, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte dans le cadre de la présente

cause, et ce conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus (cf. *supra* consid. 2.4 ; ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et arrêt du Tribunal fédéral 9C_754/2023 du 16 février 2024 consid. 4.2). Ce qui précède vaut d'autant plus que, contrairement à ce qu'affirme le recourant dans son pli du 29 janvier 2026, le rapport du Dr M _____ ne s'inscrit nullement dans le prolongement des constatations émises par le Dr H _____ le 31 octobre 2024, ce dernier n'ayant pas suspecté de descellement tibial du composant prothétique et ayant estimé que le cas pouvait être considéré comme stabilisé.

3.5 Partant, les faits étant suffisamment établis, il n'y pas lieu pour la Cour de céans d'ordonner la mise en œuvre de l'expertise médicale réservée par le recourant (appréciation anticipée des moyens de preuve : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 et 141 I 60 consid. 3.3).

Dans ces circonstances, il convient de confirmer que la situation du recourant était stabilisée dès le mois de janvier 2024 et que celui-ci bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1^{er} février 2024, conformément aux rapports de la Dresse J _____, qui bénéficient d'une pleine valeur probante (cf. *supra* consid. 2.5.2). Non contesté en tant que tel, le calcul du degré d'invalidité effectué par la CNA apparaît correct et peut être confirmé. Partant, le recours est rejeté et la décision sur opposition du 2 juillet 2024 est confirmée.

4. Il n'est pas perçu de frais, la loi spéciale, en l'occurrence la LAA, n'en prévoyant pas (art. 61 let. f^{bis} LPGA). Au vu de l'issue de la cause, il n'est pas non plus alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA).

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 4 mai 2026