

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 septembre 2026

Composition : M. WIEDLER, président
M. Piguet, juge, et Mme Boesch, assesseure
Greffière : Mme Della Santa

* * * * *

Cause pendante entre :

A. _____, à B***, recourant, représenté par le Syndicat Unia Région Vaud,
à Lausanne,

et

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

Art. 43 al. 1 LPGA ; art. 18 al. 1 et 19 al. 1 LAA.

En fait :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, a travaillé en tant qu'aide-plâtrier, maçon et chauffeur-livreur. Dès le 1^{er} février 2016, il a bénéficié des prestations de l'assurance-chômage. 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). L'assuré perçoit une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 35 % depuis le 1^{er} octobre 2010, consécutivement à plusieurs accidents ayant entraîné des gonalgies sur gonarthrose tri-compartimentale de son genou droit.

B. Le 5 décembre 2017, alors qu'il se rendait à sa voiture dans un garage collectif, l'assuré a glissé de sa hauteur sur la rampe d'accès mouillée. Il s'est blessé au niveau du coude droit et de la hanche gauche. La CNA a pris en charge le cas et alloué les prestations de l'assurance-accidents.

Une radiographie réalisée le 8 décembre 2017 n'ayant mis en évidence aucune fracture tant au niveau du coude droit que de la hanche gauche, la Dre G._____, médecin praticienne et médecin traitante de l'assuré, a mentionné dans le formulaire médical initial LAA de la CNA, complété le 28 février 2018, avoir constaté une contusion osseuse avec des douleurs à la marche pour la hanche et à la mobilisation pour le coude. Elle a signalé que le traitement s'était achevé le 22 janvier 2018.

C. **a)** Le 4 mai 2018, l'assuré a indiqué avoir ressenti le 30 avril 2018 une forte douleur à la hanche gauche après avoir effectué un « faux mouvement » en entrant dans un véhicule. La CNA lui a accordé les prestations d'assurance-accidents pour cette rechute en lien avec l'évènement du 5 décembre 2017 et ses troubles à la hanche gauche.

Le 6 décembre 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité.

Dans un rapport du 24 juillet 2019 établi à la suite d'une visite médicale réalisée par ses soins, la Dre C._____, médecin praticienne et médecin d'arrondissement de la CNA, a retenu les diagnostics de fracture impaction de la tête fémorale gauche à la suite de la chute du 5 décembre 2017, avec des coxalgies gauches persistantes, ainsi qu'une gonarthrose tricompartementale du genou gauche consécutive à une chute survenue le 24 février 2009. Constatant l'absence d'une totale stabilisation de la situation médicale, elle a proposé un séjour à la Clinique K._____ afin d'évaluer les capacités fonctionnelles résiduelles et professionnelles de l'assuré dans une activité adaptée. Celui-ci a séjourné à la Clinique K._____ du 13 novembre au 11 décembre 2019. Les médecins de cette clinique ont, dans le rapport de sortie du 2 janvier 2020, estimé qu'au vu de la symptomatologie importante, une prise en charge chirurgicale était probablement nécessaire. Avec leur rapport, les médecins de la Clinique K._____ ont produit un lot de pièces médicales dont notamment un rapport de radiographie de la colonne lombaire du 15 novembre 2019, ainsi qu'un rapport d'IRM de la hanche gauche et un rapport de radiographie du genou droit, tous deux établis le 22 novembre 2019.

Aux termes d'un rapport du 6 janvier 2020, le Prof. L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a diagnostiqué, sur imagerie (cf. rapport d'IRM et de radiographie du 22 novembre 2019), une coxarthrose secondaire à une ostéonécrose aseptique idiopathique de la tête fémorale gauche, une gonarthrose valgissante à droite - à savoir une arthrose fémoro-tibiale externe de stade III associée à une arthrose fémoro-patellaire, une dégénérescence du compartiment fémoro-tibial interne, ainsi qu'une discopathie modérée L4-L5, L5-S1 (cf. radiographie du 15 novembre 2019). Il a confirmé l'indication du remplacement articulaire de la hanche gauche par une prothèse totale. Consulté par l'assuré pour un second avis, le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dans un rapport du 10 mars 2020, a également préconisé une arthroplastie prothétique totale de la hanche ainsi qu'à terme une arthroplastie prothétique du genou droit.

b) Au cours d'entretiens téléphoniques avec la CNA les 28 avril et 1^{er} mai 2020, l'assuré a indiqué présenter une incapacité de travail totale jusqu'au 15 mai 2020 en raison d'un nouveau lâchage au niveau de son genou droit survenu le 24 avril 2020.

Complétant le rapport initial LAA, le 11 mai 2020, la Dre G._____ a diagnostiqué une probable entorse du genou droit survenue à la suite d'un faux mouvement et déclaré que le traitement serait probablement terminé dans les six semaines. Sur sollicitation de la CNA, dans un rapport du 12 mai 2020, la Dre C._____ a confirmé le lien de causalité probable entre les troubles annoncés au genou droit et l'évènement du 24 février 2009.

Dans un rapport médical du 26 mai 2020, le Prof. L._____ a rappelé sa recommandation relative à l'opération de la hanche gauche et également préconisé un remplacement articulaire du genou droit par prothèse totale. Il a effectué les observations suivantes (sic) :

« Le patient est fortement handicapé pour l'ensemble des activités de la vie courante. Les activités professionnelles sont quasiment impossibles à l'heure actuelle en raison des douleurs. Le patient marche avec une boiterie d'esquive antalgique sévère tant liée à la hanche gauche que liée au genou droit. Le patient doit utiliser une canne béquille pour ses déplacements. Le périmètre de marche est inférieur ou égal à quinze minutes. La position assise est confortable mais le relevé nécessite l'aide des mains et plan de dérouillage articulaire dans les suites. »

Le 25 juin 2020, une arthroplastie totale de la hanche gauche a été réalisée par le Prof. L._____. Dans le cadre du suivi post-opératoire, ce professeur a déclaré dans un rapport du 21 octobre 2020 que l'évolution de l'assuré se poursuivait de façon favorable. La marche était récupérée sans boiterie. La position assise était confortable et les escaliers pouvaient être négociés à la montée comme à la descente. Trop tôt pour une reprise professionnelle, ce médecin a attesté d'une incapacité totale de travail jusqu'au 2 décembre 2020.

Aux termes d'un rapport du 28 juin 2021, la Dre P._____, spécialiste en anesthésiologie et en traitement interventionnel de la

douleur, a déclaré que l'assuré souffrait d'inguinodynies gauches dans les suites d'une prothèse totale de la hanche. Cliniquement, les douleurs semblaient d'origine mécanique, en lien avec la contraction du muscle ilio-psoas. Relevant une importante dysbalance biomécanique avec un morphotype valgus et un affaissement des voûtes plantaires, elle lui a prescrit des semelles orthopédiques. Cette médecin a adressé l'assuré pour un avis au Dr Q._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Dans un rapport du même jour, ce dernier a constaté une asymétrie des plis sous costaux, sans boiterie d'insuffisance du moyen fessier ainsi qu'une inégalité d'environ un centimètre avec la jambe droite plus longue, probablement en partie liée à un flexum modéré du genou droit. A l'échographie, aucune bursite au niveau du psoas n'était visible. En raison des douleurs, la flexion jambe tendue était quasiment impossible.

Dans un rapport du 3 décembre 2021, le Prof. L._____ a conclu que dix-huit mois après l'opération, l'évolution était favorable quand bien même une douleur inguinale que ni un scanner, ni un avis en antalgie auprès de la Dre P._____ n'avaient permis d'expliquer persistait.

Interpellée par le CNA, la Dre G._____, dans ses rapports des 14 février et 24 novembre 2022, a posé le diagnostic de coxalgie gauche post traumatique et post chirurgie avec mise en place d'une prothèse totale de la hanche gauche. L'état était stationnaire. L'assuré présentait une boiterie à la marche et une douleur inguinale persistante inexpliquée. Le pronostic étant indéterminé, elle ne s'est pas prononcée sur une reprise du travail. A la question « Faut-il s'attendre à ce qu'un dommage demeure ? », elle a répondu par la négative.

Dans un rapport du 28 novembre 2022, le Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a conclu à une évolution stagnante avec persistance des douleurs invalidantes. Evoquant une sursollicitation de l'appareil abducteur, il a recommandé de poursuivre les investigations avec une ponction pour exclure toute composante septique et une scintigraphie couplée à un scanner. Dans un rapport du 6 février 2023, ce médecin a relevé sur la

dernière scintigraphie réalisée, la perte d'offset et de longueur sur la hanche opérée, sans descellement visible ou d'argument pour une origine infectieuse selon le résultat de la ponction effectuée le 29 novembre 2022. Une sursollicitation de l'appareil abducteur pouvait expliquer la survenance des douleurs. Dans ce contexte, une reprise chirurgicale se justifiait. Compte tenu du résultat de la première intervention sur sa hanche gauche, l'assuré était néanmoins réticent à en entreprendre une nouvelle.

Par rapports des 21 juin et 17 juillet 2023, le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, consulté par l'assuré pour un second avis, a fait état de douleurs importantes en station assise, clairement localisées dans le pli inguinal, irradiant parfois en région fessière ou sur la cuisse. Il a également mentionné des gonalgies de longue date en lien avec une gonarthrose valgisante. Dans l'optique d'une révision de la prothèse totale de la hanche gauche, initialement programmée pour le mois d'août 2023, des examens radiologiques complémentaires ont été agendés. À réception de ceux-ci, ce médecin a notamment émis les constatations suivantes (sic) :

« Le scanner montre une médialisation du cotyle mais également une couronne osseuse au pourtour du cotyle prothétique qui pourraient être la cause du conflit de hanche et des douleurs.

L'examen radiologique des genoux montre une gonarthrose externe sévère à droite qui explique la symptomatologie douloureuse et la limitation fonctionnelle en flexion.

Appréciation du cas : aujourd'hui, la problématique ne semble pas être liée à un descellement de prothèse mais plutôt à un conflit de hanche sur médialisation du cotyle. Le patient a rendez-vous en septembre à l'hôpital orthopédique où il conviendra de faire le point et le cas échéant de proposer éventuellement une révision de hanche pour supprimer ce conflit.»

Le 23 octobre 2023, la Dre S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a déclaré qu'à la suite d'une discussion avec le Prof. L._____, une indication chirurgicale sur la hanche gauche n'avait pas été retenue au motif que tous les bilans étaient rassurants et que la clinique n'expliquait pas complètement la symptomatologie présentée par le patient.

Lors d'un entretien téléphonique du 10 novembre 2023 entre l'assuré et la CNA, il a été convenu de clore le dossier relatif au genou droit.

L'intéressé ne consultait plus pour ce motif compte tenu de la prédominance des problèmes sur la hanche gauche.

La Dre S._____ a mentionné dans un rapport du 13 février 2024 le ressenti de l'assuré concernant le caractère très handicapant des douleurs, notant qu'il peinait à sortir d'une voiture, sans pouvoir apporter d'explication quant à leur origine, malgré la réalisation de multiples bilans. Elle a confirmé, de concert avec le Prof. L._____, qu'il n'y avait pas d'indication claire à une reprise chirurgicale et attesté la poursuite de l'arrêt de travail à 100 %.

Dans son rapport du 7 mai 2024, le Prof. L._____ n'a pas identifié d'argument en faveur d'un conflit os-os ou bien intra-prothétique ni lors de l'examen clinique ni sur les examens d'imagerie. Il était pour lui question de savoir si une chirurgie itérative de la hanche gauche de l'assuré pourrait améliorer la symptomatologie douloureuse. La gonarthrose valgissante à droite était évoluée et soulevait la question théorique d'un remplacement articulaire du genou droit par prothèse totale. L'intéressé n'ayant pas pris de décision sur ce point, une consultation était programmée six mois plus tard.

La Dre C._____ a procédé à un examen médical de l'assuré le 30 octobre 2024. Sur le plan médical, elle a constaté que la situation était quasiment stabilisée. L'avis du Prof. L._____ intervenant le 16 décembre 2024 était attendu pour déterminer la nécessité d'une opération. A défaut d'intervention, ce médecin-conseil estimait qu'un bilan final pourrait être rendu.

Dans son rapport du 19 décembre 2024, le Prof. L._____ a conclu à la persistance de douleurs chroniques au niveau de la hanche gauche de l'assuré sans qu'une malposition ou une complication mécanique ait pu être mise en évidence sur cette reconstruction prothétique. Les douleurs avaient vraisemblablement une tonalité musculaire et pouvaient être une conséquence de la gonarthrose valgissante droite pour laquelle

l'assuré ne souhaitait à ce stade pas de prise en charge particulière. Il a proposé à l'assuré un suivi annuel.

En vue du bilan final, l'assuré a été examiné par la Dre C. _____ le 7 mars 2025. Il ressort de son rapport du 10 mars 2025 que l'état de santé pouvait être considéré comme stabilisé en l'absence de traitement chirurgical ou médical capable d'améliorer de manière notable l'état de santé de l'assuré que ce soit au niveau de sa hanche gauche ou de son genou droit. Au niveau de la hanche gauche, elle a repris les observations du Prof. L. _____ selon lesquelles les douleurs chroniques étaient en lien avec une gêne musculaire, sans problématique au niveau de la prothèse. Au niveau du genou droit, l'assuré présentait une gonarthrose sévère valgissante du genou droit pour laquelle il ne souhaitait actuellement pas de prise en charge. Elle a retenu les limitations fonctionnelles définitives suivantes : pas de marche en terrains irréguliers, pas de marche prolongée et/ou répétée, pas de distance à la marche au-delà de quelques dizaines de mètres voire 200 à 300 mètres maximum, pas de position statique debout mais une activité assise permettant de bouger fréquemment sur son siège et de se lever pour faire quelques petits pas, pas d'activités nécessitant le port de charges, pas d'activités nécessitant la position accroupie ou à genoux, pas d'activités nécessitant la montée/descente d'escaliers, d'échelles ou d'échafaudages. Dans une activité adaptée respectant strictement les limitations fonctionnelles décrites ci-dessus, la capacité de travail était entière sans diminution de rendement. L'assuré présentait une incapacité totale de manière définitive dans ses anciennes activités de plâtrier-peintre, maçon, responsable de chantier et chauffeur livreur. Dans une appréciation médicale délivrée le même jour, la Dre C. _____ a évalué l'atteinte à l'intégrité à 30 %.

Dans un courrier du 13 mars 2025, la CNA a annoncé à l'assuré la fin du paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 mars 2025.

Par décision du 23 avril 2025, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 35 % et arrêté l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) à 30 %. Elle a retenu qu'il pouvait exercer une activité dans différents

secteurs de l'industrie à condition de respecter les limitations fonctionnelles reconnues par sa médecin-conseil. Dite activité lui permettait de réaliser un salaire annuel de 59'104 fr. calculé sur la base des chiffres du niveau de compétences 1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) sur lequel elle a appliqué un abattement de 15 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles. Après comparaison avec le gain annuel de 89'670 fr. réalisable sans l'accident, il en résultait une perte de salaire de 34 %. Une diminution supplémentaire de la capacité de gain en lien avec l'accident de 2009, fixée à 35 %, n'existait pas, ce qui ne permettait pas de reconnaître un degré d'invalidité supérieur à ce taux.

Le 22 mai 2025, A._____, représenté par le Syndicat Unia Région Vaud, a formé opposition à l'encontre de cette décision, concluant principalement à son annulation et à la mise en œuvre d'une expertise orthopédique avec maintien de la prise en charge des soins médicaux et versement des indemnités journalières jusqu'à stabilisation de son état, subsidiairement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité en cas de stabilisation. Il a soutenu qu'il ressortait des pièces médicales que son état de santé n'était pas stabilisé. Au regard des divergences entre les médecins concernant l'origine des douleurs et leur traitement, l'instruction menée par la CNA était insuffisante. Il a également contesté le fait de pouvoir exercer une activité adaptée compte tenu de la liste des limitations fonctionnelles arrêtées par la médecin-conseil de cette dernière, soutenant qu'aucun métier réaliste ne pouvait réunir l'ensemble desdites limitations. En attente de rapports médicaux complémentaires, il a sollicité une prolongation du délai pour se déterminer.

Les 26 mai, 2 juillet et 10 septembre 2025, l'assuré a complété son opposition en produisant un lot de pièces dont notamment les suivantes :

- Un rapport non daté de la Dre G._____ réceptionné par la CNA le 27 mai 2025, retenant que l'état de santé de l'intéressé était stabilisé dans la mesure où aucun traitement n'était susceptible de

l'améliorer et mentionnant qu'il n'existait aucune activité professionnelle adaptée à sa situation médicale ;

- Un rapport du 24 juin 2025 du Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur rappelant les douleurs quotidiennement invalidantes de l'assuré et signalant qu'une cause neuropathique devait être recherchée au moyen d'une IRM lombaire et du bassin ;
- Un rapport du Prof. L._____, du 1^{er} juillet 2025 relevant la stabilité de l'état de santé sans se prononcer sur l'existence d'une activité adaptée à la situation de l'intéressé ;
- Un rapport d'IRM du rachis lombaire et du bassin du 17 juillet 2025 ;
- Un certificat d'incapacité de travail délivré par le Dr T._____ le 1^{er} septembre 2025 couvrant la période d'août à décembre 2025.

Un rapport d'une scintigraphie osseuse 3 phases du 30 septembre 2025 a conclu à l'intégrité du matériel prothétique sans signe de descellement de la prothèse de la hanche gauche.

Le Dr T._____ dans un rapport du 20 novembre 2025 a évoqué le caractère très invalidant des douleurs subies nuit et jour par l'assuré et émis les constatations et recommandation suivantes (sic) :

« Synthèse - discussion

Si lors de la dernière consultation, l'IRM ne permettait pas de trouble étiologie aux douleurs du patient, la scintigraphie et la ponction articulaire parlent aussi en défaveur d'une cause prothétique. Dans ce contexte, nous nous référons au service d'antalgie auquel nous souhaitons réadresser le patient pour évaluer les possibilités de traitement.

En ce qui concerne la décision de l'assurance invalidité, le patient va entamer une procédure d'opposition. Dans ce contexte, nous nous référons au domaine de l'expertise pour déterminer ses capacités réelles de travail. »

Par décision sur opposition du 12 décembre 2025, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. Se fondant sur les appréciations du Prof. L._____ du 19 décembre 2024 et du Dr T._____ du 20 novembre 2025, elle a soutenu que les douleurs alléguées étaient musculaires et non prothétiques. Les médecins de l'intéressé ayant exclu l'opération de la

hanche gauche au profit de l'aménagement d'un traitement par le service d'antalgie, elle considérait que la situation médicale était stabilisée. Elle estimait qu'au vu des limitations fonctionnelles retenues par sa médecin-conseil, l'assuré pouvait exercer une activité de surveillance, de contrôle et de bureau ne nécessitant pas de compétence particulière. Dans ce sens, elle avait appliqué un abattement de 15 % pour tenir compte desdites limitations, notamment, dans les activités avec port de charges moyennes à lourdes. Elle a ainsi confirmé le taux de 34 % pour la perte de gain. Ce taux étant inférieur à celui de 35 % alloué par décision du 24 septembre 2010, l'octroi d'une rente d'invalidité à 35 % était justifié. L'assuré n'ayant formulé aucun grief à l'encontre de l'estimation de l'IPAI, elle n'avait pas à revoir sa position sur le taux retenu à ce titre.

D. Le 28 janvier 2026, A._____, sous la plume du Syndicat Unia Région Vaud, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de cette décision sur opposition, concluant préalablement à la mise en œuvre d'une expertise orthopédique, principalement, à l'annulation de la décision sur opposition du 12 décembre 2025 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire. Se fondant sur les rapports du Prof. L._____ lequel estimait qu'une intervention sur son genou droit était indiquée, ainsi que sur ceux des Drs E._____ et R._____, envisageant une opération sur sa hanche gauche, le recourant a contesté la stabilisation de son état de santé. Il a également fait valoir que les douleurs au niveau de sa hanche gauche et de son genou droit entraînaient une incapacité de travail totale. Invoquant de la jurisprudence topique (TFA I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b ; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a), il a soutenu que les limites fonctionnelles arrêtées par la Dre C._____ rendaient vraisemblablement irréaliste toute possibilité de travail. A supposer qu'une activité adaptée existait, ces limitations ne permettaient ni de l'exercer à 100 %, ni avec un rendement complet, de sorte qu'un abattement de 25 % sur le revenu d'invalidité se justifiait. Enfin, relevant la réserve de ses médecins-traitants quant à sa capacité de travail ainsi que les contradictions de la Dre C._____ dans son appréciation médicale, il a reproché à l'intimée une instruction insuffisante. Avec son

écriture, il a produit un lot de pièces pour la plupart déjà versées au dossier à l'exception d'un rapport médical de la Dre G. _____ du 3 novembre 2025, sollicité par le Syndicat Unia Région Vaud, dans lequel cette médecin a mentionné un état séquellaire stable, non guéri, sans solution médicale et estimé que les limitations fonctionnelles retenues par la médecin d'assurance ajoutées aux douleurs quotidiennes chroniques persistantes et invalidantes rendaient toute activité y compris adaptée impossible.

Dans sa réponse du 6 mars 2026, l'intimée a conclu au rejet du recours, rappelant que les pièces médicales sur lesquelles s'était fondé le recourant faisaient expressément mention d'un état de santé stabilisé. Dans leur plus récent rapport, les médecins-traitants de l'intéressé s'orientaient vers un suivi antalgique, lequel au regard de la jurisprudence (arrêt 8C_768/2023 du 14 août 2024 consid. 5.1.2), n'était pas susceptible de conduire à une amélioration de la situation médicale. Finalement, elle a soutenu que le rapport médical du 10 mars 2025 de la Dre C. _____, dans lequel elle avait retenu les limitations fonctionnelles, avait pleine valeur probante. Eu égard au principe de l'appréciation anticipée des preuves et constatant que le recourant n'avait pas exposé en quoi l'appréciation de la médecin d'assurance serait lacunaire ou dénuée de fondement juridique, elle a conclu au rejet de la demande d'expertise médicale externe.

Le 30 mars 2026, le recourant a maintenu ses conclusions.

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 s'agissant de ses atteintes au genou droit et à la hanche gauche et à statuer sur son droit à la rente d'invalidité, respectivement sur le calcul de la rente.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, 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. 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).

b) 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 ; TF 8C_394/2024 du 7 janvier 2025 consid. 6.1).

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).

4. 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 144 427 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). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de la personne assurée en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références citées ; TF 8C_337/2024 du 29 novembre 2024 consid. 3).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7).

d) 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 ; TF 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).

5. Dans le cas d'espèce, les parties s'opposent sur la question de la stabilisation de l'état de santé du recourant. Ce dernier soutient que les atteintes à sa hanche gauche et à son genou droit ne sont pas stabilisées, dès lors que ses médecins-traitants ont envisagés des opérations sur chacune de ces articulations. De son côté, l'intimée se fonde sur le rapport

d'examen du 10 mars 2025 de son médecin d'assurance, la Dre C._____, pour plaider le contraire.

a) S'agissant de la hanche gauche, le recourant se prévaut des rapports médicaux du Dr E.____ du 6 février 2023, du Dr R.____ du 17 juillet 2023 et du Prof. L.____ du 7 mai 2024, qu'il interprète comme préconisant une reprise chirurgicale. Cette lecture ne saurait toutefois être suivie. Aucun de ces médecins n'a expressément recommandé une nouvelle intervention ni n'a conclu qu'une telle opération permettrait d'obtenir une amélioration significative de l'état de santé du recourant. Dans son rapport du 6 février 2023, le Dr E.____ a évoqué la possibilité d'une reprise chirurgicale, en relevant avec prudence qu'une partie de la longueur et de l'offset pourrait être récupérée par un changement de tête, tout en précisant que si cette mesure devait s'avérer insuffisante, un changement de la tige serait alors nécessaire. Compte tenu de ces incertitudes et des hésitations du recourant, il a prescrit de ne pas précipiter la programmation de cette intervention afin que l'intéressé puisse en discuter avec la Dre G.____ avant de prendre une décision. Aucune suite n'a toutefois été donnée. Le Dr R.____, pour sa part, a suggéré d'attendre la consultation prévue à l'hôpital orthopédique en septembre 2023 pour réévaluer la situation et envisager, cas échéant, une révision de la prothèse de hanche. Dans son rapport du 23 octobre 2023, la Dre S.____ a constaté que les bilans étaient rassurants et que la clinique n'expliquait pas les symptômes. Elle a souligné que le recourant préférait éviter une intervention supplémentaire. Tenant compte de l'avis des Drs E.____ et R.____ et après discussion avec le Prof. L.____, elle n'a retenu aucune indication chirurgicale. Le Prof. L.____, a mentionné, quant à lui, que « tout au plus, se discut[ait] un recalage secondaire de la tige avec discret raccourcissement et perte d'offset fémoral » et s'est interrogé sur la capacité d'une intervention itérative à améliorer la symptomatologie douloureuse. Ainsi, les médecins du recourant ont plutôt exprimé des réserves quant à l'éventuel bénéfice attendu d'un remplacement articulaire sur cette hanche gauche que plaidé en faveur de sa réalisation.

Il importe, en outre, de relever que le recourant n'a jamais souhaité subir une nouvelle intervention. Au contraire, chaque fois que cette question s'est posée, il a manifesté une forte réticence.

Au vu de ce qui précède, aucune des pièces médicales au dossier, ne contredit la conclusion de la Dre C. _____ à teneur de laquelle aucun traitement chirurgical ou médical ne peut améliorer sensiblement la situation médicale du recourant quant aux troubles présents sur sa hanche gauche. Les rapports médicaux les plus récents ont, à l'opposé, privilégié une prise en charge conservatrice sous la forme d'un traitement antalgique instauré par un service spécialisé, les douleurs étant attribuées à une origine musculaire et non à une défaillance prothétique. Les appréciations médicales postérieures à l'examen réalisé par la Dre C. _____, ont d'ailleurs confirmé cette analyse. Dans son rapport du 1^{er} juillet 2025, le Prof. L. _____ a constaté que l'état de santé était stable. Le Dr T. _____ a ensuite relevé, dans son rapport du 20 novembre 2025 qu'à l'instar de l'IRM du mois de juillet 2025, la scintigraphie et la ponction articulaire réalisées en septembre 2025 plaident également en défaveur d'une origine prothétique des douleurs invoquées par le recourant. Il faut en conclure qu'une reprise chirurgicale ne supprimerait donc pas les douleurs ressenties par le recourant, celles-ci n'étant pas imputables à la prothèse.

b) En ce qui concerne le genou droit, le Dr M. _____ a certes recommandé le 10 mars 2020, la pose d'une prothèse totale, recommandation qui a été confirmée par le Prof. L. _____, dans son rapport du 26 mai 2020. Il ressort toutefois des pièces du dossier que le recourant n'a pas manifesté sa volonté pour être opéré. Lors d'un entretien téléphonique du 10 novembre 2023, celui-ci a fait savoir à l'intimée qu'il ne consultait pas pour son genou, se contentant de prendre des médicaments de temps à autre en cas de douleurs. Il a précisé que la question d'une prothèse avait bien été évoquée, mais elle ne constituait pas une priorité, la hanche demeurant la problématique principale. Par rapport du 7 mai 2024, le Prof. L. _____ a retenu qu'une gonarthrose valgissante à droite était évoluée et justifiait, en théorie, le remplacement articulaire du genou droit par prothèse totale. Au vu de l'indécision de son patient, il a agendé

une consultation clinique six mois plus tard pour une nouvelle discussion sur cette situation. Dans son rapport du 19 décembre 2024, ce médecin a déclaré que le recourant ne souhaitait pas de prise en charge particulière de sa gonarthrose.

Au demeurant, le recourant ne peut soutenir que la Dre C._____ aurait écarté, sans explication, les rapports médicaux qui envisageaient un remplacement articulaire. Dans son rapport d'examen du 30 octobre 2024, cette médecin a en effet considéré que la question de la stabilisation ne pouvait être tranchée avant la consultation du Prof. L._____ dont elle a attendu l'avis pour se prononcer. Dans son rapport du 10 mars 2025, elle a retenu que la situation était stabilisée sur le plan médical, en l'absence de traitement chirurgical ou médical pouvant améliorer de manière notable l'état de santé du recourant. A cet égard, elle a précisé que selon le Prof. L._____, les douleurs de la hanche ne résultaient pas d'une problématique au niveau de la prothèse qui était en place et non descellée. Quant au genou droit, elle a constaté une gonarthrose sévère valgissante, mais retenu que le recourant ne souhaitait pas de prise en charge. Son appréciation relative à la stabilisation de l'état de santé est ainsi étayée par les avis médicaux recueillis.

c) Il apparaît dès lors que tant pour la hanche gauche que pour le genou droit, le recourant a systématiquement indiqué à ses médecins qu'il ne souhaitait pas d'une opération supplémentaire. Dans ces circonstances, il ne saurait soutenir que son état de santé n'est pas stabilisé en raison d'hypothétiques interventions chirurgicales qu'il refuse lui-même d'entreprendre. En cela, il contrevient à son obligation de réduire le dommage et prolonge artificiellement le versement des indemnités journalières par l'intimée pour des raisons exclusivement imputables à son choix, ce qui n'est pas admissible.

En conséquence, l'intimée pouvait retenir que l'état de santé du recourant était stabilisé, sans violer le droit fédéral. Partant, il convient d'examiner le droit de l'intéressé à une rente d'invalidité.

6. 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, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge de référence.

L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGa par renvoi de l'art. 18 al. 1 LAA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGa). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGa comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (première phrase). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (deuxième phrase).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

c) 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). 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 ; TF 8C_837/2019 du 16 septembre 2020 consid. 5.2).

d) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2).

aa) Lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 148 V 419 consid. 5.2 ; 148 V 174 consid. 6.2 et les références citées).

bb) Depuis la dixième édition de l'ESS (2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. Les critères de base utilisés pour définir le système des différents groupes de profession sont les niveaux et la spécialisation des compétences requis pour effectuer les tâches inhérentes à la profession. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf grands groupes de professions (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_skill_level de l'ESS 2012 ; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est

le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé (ATF 150 V 354 consid. 6.1).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale 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).

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).

Le point de savoir s'il se justifie de procéder à un abattement sur le salaire statistique en raison des limitations fonctionnelles dépend de la nature de celles-ci ; une réduction à ce titre n'entre en considération que si, dans un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré. Aussi y a-t-il lieu de déterminer si les limitations fonctionnelles constituent un facteur qui obligerait l'assuré à mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le marché du travail à des conditions économiques plus défavorables que la moyenne, soit

entraînant un désavantage salarial (TF 8C_679/2020 du 1^{er} juillet 2021 consid. 6.2.1 et les références citées).

7. En l'espèce, l'intimée, se fondant sur le rapport d'examen du 10 mars 2025 de sa médecin-conseil, la Dre C._____, a retenu que la capacité de travail du recourant était entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de marche en terrains irréguliers, pas de marche prolongée et/ou répétée, pas de distance à la marche au-delà de quelques dizaines de mètres voire 200 à 300 mètres maximum, pas de position statique (privilégier une activité assise permettant de bouger fréquemment de son siège et de se lever pour faire quelques petits pas), pas d'activités nécessitant le port de charges, pas d'activités nécessitant la position accroupie ou à genoux, pas d'activités nécessitant la montée/descente d'escaliers, d'échelles ou d'échafaudages. Sur la base de ces conclusions médicales, elle a comparé le revenu que l'intéressé aurait pu réaliser sans atteinte à la santé en 2025, dans son activité habituelle, avec celui qu'il pourrait percevoir, selon les données statistiques de l'ESS, dans une activité adaptée. Un abattement de 15 % a été appliqué sur le revenu d'invalidé afin de tenir compte de l'impact des limitations fonctionnelles retenues. Ce calcul a conduit à un taux d'invalidité de 34 %. L'intimée a toutefois maintenu la rente de 35 % telle qu'allouée par décision du 24 septembre 2010.

Le recourant conteste cette appréciation. Il soutient être totalement incapable d'exercer une activité lucrative et estime que la Dre C._____ n'a pas pris en considération l'incidence réelle de ses douleurs et de ses limitations fonctionnelles sur sa capacité de travail. À titre subsidiaire, si une capacité de travail dans une activité adaptée devait être admise, il fait valoir qu'il ne pourrait en aucun cas travailler avec un rendement complet. Cette circonstance justifierait l'application d'un abattement de 25 % sur le revenu d'invalidé.

Depuis l'opération de la hanche gauche en juin 2020, à l'exception de la Dre C._____, la seule médecin qui s'est déterminée sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée est la Dre

G._____, sa médecin généraliste traitante, notamment dans ses rapports des 12 octobre 2022 et 3 novembre 2025. En raison du lien thérapeutique et du fait qu'ils ne sont aucunement motivés, ces rapports ne répondent pas aux exigences posées par la jurisprudence pour se voir attribuer une pleine valeur probante. Quant aux autres médecins traitants, si certains d'entre eux ont délivré des certificats attestant une incapacité totale de travail, sans autre explication, ils semblent relativement hésitants à arrêter la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. En effet, dans leurs rapports respectifs des 1^{er} juillet et 20 novembre 2025, les Drs L.____ et T._____ ont indiqué que cette question était du ressort de l'expertise à laquelle il convenait de se référer pour déterminer les capacités réelles de travail de l'intéressé.

Cela étant, les conclusions de la Dre C._____ relatives à la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée ne sauraient être suivies. Elles sont effectivement dépourvues de motivation. La médecin-conseil n'a pas expliqué pour quelles raisons les douleurs retenues par les médecins qui ont examiné le recourant lui permettraient de travailler à 100 % ni pourquoi elles n'auraient aucune incidence sur son rendement. L'appréciation de cette médecin quant à la capacité de travail de l'intéressé est donc péremptoire et ne remplit pas les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. L'intimée ne pouvait dès lors pas se fonder sur cet avis pour retenir que le recourant était apte à exercer une activité adaptée. Eu égard aux limitations fonctionnelles retenues par sa médecin-conseil, l'intimée a appliqué un abattement de 15 % dans le calcul du degré d'invalidité pour tenir compte notamment du désavantage du recourant dans les activités avec port de charges moyennes à lourdes, considérant qu'il disposait d'une pleine capacité de travail dans les activités légères. À l'aune de ce qui précède et des lacunes du dossier relatives à la capacité de travail de l'intéressé, il n'est pas possible d'apprécier la quotité de cette déduction et de déterminer si elle est justifiée. Il importe dès lors que les limitations fonctionnelles du recourant fassent l'objet d'un nouvel examen exhaustif afin de pouvoir se prononcer tant sur la capacité de travail que sur l'abattement applicable sur le salaire statistique, éléments essentiels dans l'évaluation du taux d'invalidité.

Force est donc de constater qu'aucun rapport médical au dossier ne permet à la Cour de céans de statuer, au degré de la vraisemblance prépondérante, sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée respectivement sur son rendement dans l'exercice d'une telle activité. Ces carences doivent être comblées dans le cadre d'une instruction complémentaire.

Enfin, il convient de relever que l'intimée a arrêté le taux d'invalidité à 34 %, en se référant à l'appréciation de la Dre C._____. Or, ce taux est inférieur à celui de 35 % retenu en 2010, pour les seules atteintes au genou droit du recourant. Au regard de la constance des diagnostics posés par l'ensemble des médecins intervenus dans la présente cause, un tel résultat apparaît difficilement conciliable avec les constatations médicales au dossier. Il suscite des interrogations quant à la cohérence de l'évaluation de la capacité de travail médico-théorique du recourant et renforce les doutes entourant la pertinence des conclusions de la médecin-conseil concernant les limitations fonctionnelles du recourant.

En conséquence, l'instruction menée par l'intimée est insuffisante – ce dont elle devait se rendre compte au moment où elle a statué – et ne permet pas de se prononcer sur la capacité de travail du recourant en connaissance de cause.

8. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est généralement justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante

suffisante sur des points décisifs (ATF 139 V 99 consid. 1.1 ; 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) *In casu*, il ressort des considérants qui précèdent que l'intimée n'a pas procédé à une instruction suffisante. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il revient, en premier lieu, d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 al. 1 LPGa). Il incombera ainsi à l'intimée de mettre en œuvre une expertise médicale neutre, comportant un volet en orthopédie, voire en antalgie, et dans tout autre domaine médical utile, afin que les experts se prononcent sur la capacité de travail du recourant, y compris ses limitations fonctionnelles, à partir de la stabilisation de son état de santé.

9. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire 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).

c) Vu le sort de ses conclusions, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGa). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'700 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée.

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 du 12 décembre 2025 de 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.
- IV.** La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à A. _____ une indemnité de 1'700 fr. (mille sept cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Syndicat Unia Région Vaud, pour le recourant,
- 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 :