

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 juillet 2026

Composition : Mme PASCHE, présidente
 MM. Farron et Bonjour, assesseurs
Greffière : Mme Vulliamy

* * * * *

Cause pendante entre :

A._____, à Q***, recourant, représenté par Me Alexandre Bernel, avocat
à Lausanne,

et

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

**Art. 29 al. 2 Cst. ; 6, 7, 8 et 16 LPGA ; 18 al. 1, 19 al. 1 et 24 al. 1
LAA ; 11 et 36 al. 1 et 2 OLAA**

En fait :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, droitier, sans formation certifiée, père d'une fille née en ***, alors étancheur à 100 % auprès de C._____ SA et, en cette qualité, assuré contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée), a été victime d'un accident le 4 novembre 2016. Selon la déclaration d'accident du 12 décembre 2016, il a glissé sur un matériau et du verglas, alors qu'il déplaçait des rouleaux d'étanchéité, et atterri sur son genou gauche avec le rouleau sur l'épaule. Le travail a été interrompu après l'événement jusqu'au 14 juin 2017, puis à nouveau dès le 31 août 2017. La CNA a pris le cas en charge (cf. courrier du 9 février 2017).

Selon un rapport du 22 novembre 2016 du Dr D._____, spécialiste en neurologie, l'assuré, victime en 2013 d'une chute de trois mètres sur le dos avec réception sur le béton, présentait une symptomatologie qui touchait préférentiellement la sensibilité thermique et douloureuse, avec une aréflexie, et qui pouvait évoquer une création de syrinx. Ce rapport mentionnait que l'assuré avait bénéficié d'une IRM [imagerie par résonance magnétique] cervicale, qui avait démontré des compressions des racines droites et gauches C3-C4 et C4-C5 (cf. IRM du 15 novembre 2016).

Dans un rapport d'IRM du genou gauche du 30 novembre 2016, il était conclu à une déchirure (large) significative du ménisque interne (grade III), associée à un petit kyste paraméniscal postérieur communiquant avec la déchirure, à un épanchement intra-articulaire modéré, à un léger œdème antéro-interne en regard du LLI [ligament latéral interne] et à l'absence de chondropathie significative et d'œdème osseux.

Par rapport du 26 décembre 2016, la Dre E._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie et médecin traitante, a posé le diagnostic de déchirure importante du ménisque interne du genou gauche.

Selon un status opératoire du 13 janvier 2017, l'assuré a, le 12 janvier 2017, subi une arthroscopie et une ménisectomie interne, en raison d'une déchirure radiaire et longitudinale du corps du ménisque interne.

Par rapport du 12 juillet 2017, le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de status après ménisectomie interne par voie arthroscopique au genou gauche et de persistance de douleurs au membre inférieur gauche. Il a indiqué que l'assuré formulait toujours des plaintes douloureuses mécaniques, par vague, d'intensité variable et mal systématisées. Cliniquement, le genou était sec et stable, le Mc Murray était négatif et l'IRM du genou gauche, effectuée le 26 avril 2017, ne montrait rien de significatif.

Par rapport du 17 août 2017, le Dr G._____ a indiqué qu'au contrôle du 14 août 2017, l'assuré se plaignait toujours de gonalgies gauches invalidantes, qui perturbaient son travail, repris à 100 % le 14 juin 2017, et sa vie privée. Au vu de cela et de la longue évolution des douleurs, une arthroscopie était programmée.

Le 31 août 2017, l'assuré a subi une ménisectomie interne complémentaire, prise en charge par la CNA (cf. protocole opératoire du 17 août 2017, appréciation du 31 octobre 2017 du Dr H._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA et courrier du 1^{er} novembre 2017 de la CNA).

Par rapport du 20 décembre 2017 à la CNA, le Dr K._____, médecin praticien, a indiqué qu'une IRM du genou gauche du 12 décembre 2017 avait conclu à une déchirure oblique du segment moyen du ménisque interne s'étendant à la corne postérieure, associée à des zones de chondropathie de grade III, et à une ulcération profonde de chondropathie de grade IV intéressant le condyle interne sur son versant le plus externe, sans lésion segmentaire, ni épanchement intra-articulaire. Le Dr K._____

a précisé qu'il avait proposé, dans un premier temps, une arthroscopie du genou afin de faire un complément de résection du ménisque interne.

Le 18 janvier 2018, le Dr H._____ a confirmé que cette intervention, qui aurait lieu le 21 février 2018, était à la charge de la CNA.

Par courrier du 20 décembre 2018, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a transmis à la CNA une copie de la demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) remplie par l'assuré le 28 septembre 2018.

Le 11 mars 2019, le Dr H._____ a examiné l'assuré et a rendu un rapport, dont il ressort que, du point de vue thérapeutique, l'assuré avait absolument besoin d'un complément de rééducation encadré à la Clinique B._____ (ci-après : la Clinique B._____), avec actualisation du bilan radiologique, 2^e avis orthopédique, consilium psychiatrique et observation aux ateliers professionnels.

L'assuré a séjourné à la Clinique B._____ du 25 février au 16 mars 2020. Par rapport du 2 avril 2020, le Dr M._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin assistant aîné, a posé les diagnostics de traumatisme du genou gauche, avec déchirure du ménisque interne de grade III et léger œdème antéro-interne en regard du LLI, et d'arthrose fémoro-tibiale interne du genou gauche. Selon ce rapport, la situation était stabilisée du point de vue médical et les limitations fonctionnelles définitives suivantes étaient retenues : port de charges supérieures à 15-20 kg, port de charges répété supérieures à 5-10 kg, marche prolongée, marche en terrain irrégulier, position accroupie, réalisation répétée des escaliers, utilisation d'échelles répétée, travail sur les toits et activités nécessitant le maintien prolongé de la position statique debout.

Par appréciation du 20 avril 2020, le Dr H._____ a notamment indiqué ce qui suit [*sic*] :

« Le bilan radiologique a été actualisé (RX comparatives des genoux en charge, arthro-IRM du genou G). Il a montré une arthrose fémoro-tibiale interne relativement évoluée pouvant justifier une ostéotomie de valgisation, le patient confirmant cependant qu'il n'en voulait pas. Sur le plan psychiatrique, on a relevé quelques traits de personnalité qui lui faisaient vivre difficilement ce qu'il considérait comme étant les suites de ses divers accidents avec le sentiment de ne pas avoir été toujours écouté et l'impression de ne pas avoir été traité adéquatement. On a estimé que les plaintes et les limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées mais de nombreux facteurs contextuels influençant négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient ont quand même été relevés. L'évolution au cours du séjour a été non significative. La participation du patient aux thérapies a été considérée comme moyenne. Hormis un comportement douloureux marqué lors de l'examen clinique et l'impression de ne pouvoir réaliser que des activités exigeant un niveau d'effort très bas, aucune incohérence n'a été relevée. Aux ateliers professionnels, le patient n'a pas été collaborant et son comportement pas toujours adéquat. En raison de ses gonalgies G, on a relevé qu'il n'était pas prêt à s'investir dans un processus de réinsertion professionnelle et on a confirmé que son projet de devenir ambulancier n'était pas du tout adapté à sa situation médicale.

Les limitations fonctionnelles ont été précisées et elles ont été qualifiées de définitives, la situation étant stabilisée du point de vue médical.

La reprise de l'activité habituelle n'a pas paru envisageable et le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée obéré par des facteurs personnels et contextuels.

Il convient donc de terminer le cas.

Les limitations fonctionnelles ont été précisées lors du séjour à la Clinique B._____.

Dans une activité respectant ces limitations, il est clair que la capacité de travail est entière.

Si on se réfère à la table 5 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N° 2870/5.f-2000, un taux de 15% peut être retenu en présence d'une arthrose fémoro-tibiale interne de gravité moyenne, laissant une bonne fonction au genou G.

Cette estimation prend en compte une certaine aggravation prévisible.

La présence de lésions dégénératives débutantes sur des RX du 12.12.2017, réalisées 1 année après l'accident, interrogent un peu.

Néanmoins, le protocole opératoire du 12.01.2017 du Dr G._____ mentionne des cartilages préservés, notamment au niveau du compartiment interne.

Il n'y a donc pas d'état antérieur patent et le patient nie tous antécédents.

En conséquence, je ne vois pas à quel titre une réduction pourrait être opérée. »

Par décision du 29 mai 2020, la CNA a refusé de reconnaître à l'assuré le droit à une rente de l'assurance-accidents, en retenant en particulier ce qui suit [*sic*] :

« Il ressort de nos investigations, notamment sur le plan médical, que les séquelles de l'accident n'empêcheraient pas Monsieur A. _____ de déployer une pleine capacité de travail dans une activité sans port de charges supérieures à 15-20 kg, sans port répété de charges supérieures à 5-10 kg, sans utilisation répétée d'échelles ou d'escaliers ou d'activités sur les toits, sans activité nécessitant le maintien prolongé de la position statique debout ou en position accroupie, sans marche prolongée ou en terrain irrégulier. En prenant comme base les chiffres du niveau de compétences 1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) et en tenant compte d'une réduction de 5 % pour les limitations fonctionnelles dont il souffre, un salaire de CHF 65'024 (part du 13ème incluse) peut encore être réalisé, supérieur au gain de CHF 62'290 réalisable sans l'accident.

Une diminution notable de la capacité de gain due à l'accident n'existe pas. Nous ne pouvons dès lors pas allouer de rente d'invalidité. »

La CNA lui a toutefois alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 % et relevé que, si l'état de santé exigeait la reprise du traitement médical, en rapport avec l'accident ou la maladie professionnelle, l'assuré avait la possibilité de le lui annoncer.

Par décision du 16 octobre 2020, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité limitée dans le temps du 1^{er} mai 2019 au 30 juin 2020.

B. A. _____ a travaillé en qualité d'agent de propreté pour le compte de N. _____ SA du 28 février au 30 novembre 2022 à 100 %, pour un salaire de base contractuel brut de 24 fr. de l'heure + 8,33 % d'indemnités de vacances et jours fériés et 8,33 % de 13^e salaire. Il était, à ce titre, assuré auprès de la CNA contre les accidents et les maladies professionnelles lorsque, le 13 juillet 2022, il s'est coupé le doigt de la main gauche avec un cutter (cf. déclaration de sinistre du 21 juillet 2022). Le travail a été interrompu et la CNA a pris le cas en charge, selon un courrier du 25 juillet 2022.

Dans un rapport du 17 mai 2023 à la CNA, la Dre E._____ a indiqué que l'assuré avait toujours trop mal au PIP [articulation interphalangienne proximale = IPP], la douleur et l'insensibilité n'ayant pas changé. Pour elle, il était préférable que l'assuré fasse une reconversion dans un autre domaine où il ne devrait pas utiliser sa main gauche.

Le 22 mai 2023, la CNA a réceptionné un rapport de prise en charge de la consultation ambulatoire du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV) des 13 et 29 juillet 2022 retenant le diagnostic de plaie transverse face palmo-radiale IPP D2 gauche et suspicion de lésion partielle FDS2, ainsi qu'un protocole opératoire du 18 juillet 2022 du Service de chirurgie plastique et de la main du Département de l'appareil locomoteur du CHUV, selon lequel l'assuré avait subi une suture du ligament par un point de croix le 14 juillet 2022.

Par appréciation du 27 juin 2023, la Dre B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA, a proposé un séjour de trois semaines à la Clinique B._____ pour de l'ergothérapie intensive et des ateliers professionnels, avec, si nécessaire, un avis de chirurgie.

Le 1^{er} janvier 2024, la CNA a réceptionné un rapport du 28 novembre 2023 du Service de chirurgie plastique et de la main du CHUV, mentionnant des « douleurs neuropathiques sur le pédicule collatéral radial de l'index gauche, DD [diagnostic différentiel] névrome en continuité et DD cicatrice engainant le pédicule ».

Selon un rapport de la consultation ambulatoire du CHUV des 16 janvier et 29 février 2024, le diagnostic retenu était celui de douleurs neuropathiques sur le pédicule collatéral radial de l'index gauche, DD névrome en continuité et DD cicatrice engainant le pédicule. Ce rapport mentionnait qu'un ultrason du 21 décembre 2023 n'avait pas montré d'anomalie échographique, ni de névrome en continuité. En outre, les douleurs prenaient la forme de lancées, engourdissements, picotements et

parfois de brûlures, l'assuré indiquant une hyposensibilité du 2^e doigt et une mobilité diminuée avec une raideur associée.

Par rapport du 4 mars 2024, la Dre E._____ a indiqué que la situation était inchangée et que la capacité de travail de l'assuré était toujours à 0 % dans son métier. Elle a précisé que l'assuré allait être vu le 26 mars 2024 pour une infiltration d'un nerf, puis en avril et mai 2024 pour endormir le nerf.

Selon un rapport de prise en charge en consultation ambulatoire du CHUV des 26 mars et 2 mai 2024, l'assuré avait subi une infiltration du nerf médian et du nerf radial superficiel de l'avant-bras et un bloc diagnostic des nerfs médian et radial de l'avant-bras en raison d'une atteinte postérieure au niveau du doigt.

Par courriel du 30 mai 2024, l'assuré a informé la CNA qu'il avait déposé une demande AI le 16 mai 2024 et qu'il avait subi une intervention le jour-même.

Le 28 juin 2024, la CNA a réceptionné un rapport du 24 avril 2024 de la Dre E._____, indiquant que la situation n'avait pas changé et qu'il y avait toujours les mêmes douleurs. Selon elle, l'assuré était au CHUV le 30 mai 2024 où une infiltration au niveau de l'avant-bras gauche avait certainement été faite, suivie par des blocages de ses doigts I à IV gauches, puis de douleurs importantes après quelques heures.

L'assuré a effectué un nouveau séjour à la Clinique B._____ du 7 août au 10 septembre 2024. Par rapport du 9 septembre 2024, le Dr O._____, médecin assistant, a retenu le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs neuropathiques et persistantes de l'index gauche à la suite d'une plaie à la face palmo-radiale en zone 2 le 13 juillet 2022. On extrait également de ce rapport ce qui suit [sic] :

« Concernant l'index gauche : **aucun nouveau diagnostic**. Un US a été réalisé ne montrant pas de signe inflammatoire ni de laxité augmentée au niveau du ligament collatéral radial de l'IPP de d2. Le

patient a été vu par notre consultant spécialisé en chirurgie de la main qui n'a pas retenu d'indication à une chirurgie et a recommandé une poursuite des thérapies de désensibilisation et a expliqué au patient l'importance d'intégrer son index gauche dans les gestes du quotidien.

Concernant le genou gauche : **aucun nouveau diagnostic.** Pour rappel, le patient présente une gonarthrose fémoro-tibiale interne dans les suites d'un traumatisme de 2016. Au cours du séjour, il a présenté une augmentation des douleurs à la face interne du genou. Des radiographies ont confirmé la présence de troubles dégénératifs fémoro-tibiaux internes avec un axe du membre inférieur gauche en léger varus. Le patient a été vu par notre consultant spécialisé en chirurgie orthopédique qui a recommandé de la physiothérapie, une éventuelle viscosupplémentation et l'essai d'une attelle de valgisation. La possibilité d'une ostéotomie de valgisation a également été évoquée. Le patient s'est montré demandeur pour une viscosupplémentation mais présente une importante phobie des aiguilles. Après un premier essai infructueux sous Temesta 2.5 mg, une viscosupplémentation du genou gauche (par Ostenil Plus) a été réalisée sous sédation légère (par Propofol) et sous contrôle radioscopique dans le service d'anesthésiologie de l'hôpital de F***. Suite à ce geste, le patient a présenté d'importantes douleurs du genou gauche, nécessitant l'utilisation d'une chaise roulante. Le status local étant rassurant, sans signe inflammatoire ou infectieux, l'antalgie a été adaptée (avec l'ajout de Novalgin 3x/jour, Co Dafalgan et patchs de Neurodol) et un repos relatif a été observé durant 3 jours. L'évolution a été favorable et le patient a pu regagner son domicile le 09.09.2024. L'effet de la viscosupplémentation sera à réévaluer au cours des prochains mois. Nous recommandons la poursuite de la physiothérapie et une ordonnance pour l'attelle de valgisation a été fournie au patient. (...)

Concernant la main gauche, nos observations n'étant que le reflet des limitations et performances auxquelles le patient a bien voulu consentir, les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues en se basant sur les lésions organiques objectivables : port de charge supérieur à 5-10 kg, ports de charge répétés supérieurs à 5 kg, mouvements nécessitant de la force de la main gauche, mouvements répétés de la main gauche, activités nécessitant des préhensions fines avec la main gauche. »

Par courrier du 7 novembre 2024 à la CNA, l'assuré a annoncé une rechute en lien avec les sinistres des 13 décembre 2013 et 4 novembre 2016, ayant touché respectivement les cervicales et le genou gauche, et transmis deux déclarations de sinistre du 7 novembre 2024.

Par appréciation du 29 novembre 2024, la Dre B. _____ a posé les diagnostics de plaie par cutter de la face radio-palmaire IPP de l'index de la main gauche avec suture d'une section de 50 % du ligament collatéral

radiale IPP D2 gauche le 13 juillet 2022 et douleurs neuropathiques de l'index gauche avec raideur IPP. Elle a également retenu ce qui suit [sic] :

« Nous estimons que l'état est stabilisé compte tenu de l'absence de proposition thérapeutiques à la Clinique B. _____ et l'échec des tests au centre de la douleur du CHUV. Il n'y a pas à attendre d'amélioration des fonctions et de la santé de la continuation des traitements. Ce d'autant plus qu'il lui a été donné l'occasion d'une éventuelle amélioration en 6 semaines d'ergothérapie à la Clinique B. _____ sans aucune amélioration douloureuse ou fonctionnelle, compte tenu de l'absence de volonté démontrée.

Les limitations fonctionnelles concernant uniquement l'index de la main gauche sont :

- Port de charges supérieures à 5-10 kg,
- Port de charges répété supérieures à 5 kg,
- Mouvements nécessitant de la force de la main gauche,
- Mouvements répétés de la main gauche,
- Activités nécessitant des préhensions fines avec la main gauche.

L'exigibilité dans son métier d'agent de propreté est nulle.

Dans un métier adapté aux limitations fonctionnelles ci-dessus, l'assuré peut reprendre une activité à 100 % avec rendement à 100 % malgré les autolimitations.

A. _____ peut être suivi en ambulatoire 2 x/semaine en ergothérapie jusqu'à la fin de l'année dans le but d'essayer d'améliorer encore l'intégration de la main gauche dans le schéma corporel.

Les différentes tables SUVA ne donnent aucun pourcentage d'Ipai dans un tel cas de figure pour un index raide. »

Par courrier du 10 décembre 2024, la CNA a informé l'assuré qu'un traitement médical n'était plus nécessaire au-delà du 31 décembre 2024 et que, par conséquent, elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière à partir de cette date. Elle a également mentionné que, pour les seules suites de l'accident du 13 juillet 2022, le médecin-conseil avait retenu qu'il conservait une pleine capacité de travail en respectant les limitations fonctionnelles suivantes : port de charges supérieures à 5-10 kg, port de charges répété supérieures à 5 kg, mouvements nécessitant de la force de la main gauche, mouvements répétés de la main gauche et activités nécessitant des préhensions fines avec la main gauche.

Par courrier du 31 décembre 2024, non signé, l'assuré a contesté l'arrêt des prestations en faisant valoir qu'il était en arrêt de travail à 100 % à cause d'un accident et qu'il n'était ni en mesure de travailler, ni en mesure de prétendre à des indemnités de chômage. Il a expliqué que les douleurs au genou étaient telles qu'il avait subi deux infiltrations en 2024, qui n'avaient pas soulagé ses douleurs. En outre, le sinistre en lien avec son index était toujours en cours, raison pour laquelle il sollicitait que les indemnités journalières soient encore versées.

Par rapport du 29 janvier 2025 à la CNA, la Dre E. _____ a indiqué que la situation n'allait pas mieux et que l'assuré avait toujours mal au doigt II radial, au niveau PIP et vers le bout du doigt, la flexion étant limitée au PIP à 90 degrés et au DIP à 30 degrés. Au niveau du genou gauche, il y avait beaucoup de douleurs.

Par courriel du 5 février 2025, l'assuré a fait parvenir à la CNA les rapports relatifs à des infiltrations du genou gauche des 6 septembre, 11 décembre 2024 et 15 janvier 2025.

Interpellé le 20 janvier 2025, le Dr BF. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA, a, le 17 mars 2025, indiqué que les troubles invoqués au niveau du genou gauche étaient imputables au degré de vraisemblance prépondérante à l'événement du 4 novembre 2016, mais que ces troubles avaient fait l'objet d'un examen final en 2020. Il a expliqué qu'il n'y avait objectivement pas d'aggravation objectivable liée à l'accident et nécessitant un traitement depuis la fin du dernier traitement en 2020, en particulier sur la base des radiographies des genoux récemment réalisées. Il a précisé que les soins post stabilisation n'avaient jamais fait l'objet d'une soumission et que la physiothérapie pourrait par exemple être prise en charge.

Par courrier du 27 mars 2025, la CNA a informé l'assuré que, si les troubles au genou gauche annoncés étaient encore imputables à l'accident du 4 novembre 2016, aucune aggravation objectivable liée à

l'accident et nécessitant un traitement n'était survenue depuis la fin du dernier traitement. Ainsi, elle devait contester tout droit au versement de prestations d'assurance pour la rechute annoncée.

Par une brève appréciation du 10 avril 2025, le Dr BF._____ a indiqué, pour le genou gauche, la possibilité d'avoir un renfort en physiothérapie de neuf séances deux fois par an, une consultation spécialisées pour suivi une fois par an, avec éventuellement des radiographies, tout en gardant la prise d'antalgiques et AINS [anti-inflammatoire non stéroïdien] en réserve, pour maintenir une bonne mobilité et une antalgie pour garder la capacité de gain.

Par courrier du 11 avril 2025, l'assuré a présenté ses objections au courrier précité, en expliquant que les douleurs au genou, qui n'avaient jamais cessé, s'étaient accentuées, menant à plusieurs rendez-vous auprès de spécialistes, qui avaient constaté la dégradation de son genou et mis en place des traitements spécifiques, une opération étant même envisagée.

Par courrier du 14 avril 2025, la CNA a informé l'assuré qu'elle prenait en charge, en lien avec l'événement du 4 novembre 2016, deux séries de neuf séances de physiothérapie par année, un traitement antalgique sur prescription médicale et une consultation spécialisée par année avec d'éventuelles radiographies.

Le 30 juin 2025, la CNA a reçu une copie de la décision du même jour de l'OAI refusant des mesures professionnelles et une rente d'invalidité à l'assuré, au motif qu'une pleine capacité de travail était raisonnablement exigible dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 5-10 kg, pas de port de charges répété supérieures à 5 kg, pas de mouvements nécessitant de la force de la main gauche, pas de mouvements répétés de la main gauche et pas d'activités nécessitant des préhensions fines avec la main gauche.

Par décision du 4 juillet 2025, la CNA a informé l'assuré qu'il était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs du

marché général de l'emploi, s'il évitait, en lien avec ses troubles du genou gauche (accident du 4 novembre 2016), le port de charges supérieures à 15-20 kg, le port de charges répété supérieures à 5-10 kg, la marche prolongée, la marche en terrain irrégulier, la position accroupie, la réalisation répétée d'escaliers, l'utilisation répétée d'échelles, le travail sur les toits, ainsi que les activités nécessitant le maintien prolongé de la position statique debout. En ce qui concernait l'index de la main gauche (accident du 13 juillet 2022), il devait éviter le port de charges supérieures à 5-10 kg, le port de charges répété supérieures à 5 kg, les mouvements nécessitant de la force de la main gauche, les mouvements répétés de la main gauche, ainsi que les activités nécessitant des préhensions fines avec la main gauche. Ainsi, dans le cadre d'un emploi adapté à ces limitations, il pourrait travailler durant toute la journée et réaliser un revenu annuel de 62'211 fr., en se basant sur les données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS, niveau de compétence 1, homme, marché général de l'emploi, abattement de 10 %). Comparé au gain de 59'152 fr. qu'il obtiendrait sans l'accident (cf. Convention collective de travail (CCT) du secteur du nettoyage pour la Suisse romande, nettoyeur sans qualification, classe N40), il ne résultait pas de perte de gain. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'appréciation médicale détaillée du 29 novembre 2024 ne relevait aucune atteinte importante à l'intégrité physique pour ce qui concernait l'index de la main gauche. Quant au genou gauche, il avait déjà fait l'objet d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %, le montant ayant été versé lors de la décision établie le 29 mai 2020.

Par courrier du 8 septembre 2025, l'assuré, désormais représenté par Me Alexandre Bernel, s'est opposé à la décision de la CNA du 4 juillet 2025. Il a fait valoir que celle-ci n'avait pas réévalué, et encore moins pris en considération, les limitations fonctionnelles découlant de l'accident de 2016, à savoir pas de port de charges supérieures à 15-20 kg, pas de port répété de charges supérieures à 5-10 kg, pas d'utilisation répétée d'échelles ou d'escaliers ou une activité sur les toits, pas d'activité nécessitant le maintien prolongé de la position statique debout ou en position accroupie et pas de marche prolongée ou en terrain irrégulier. Si aucun nouveau diagnostic en lien avec l'atteinte au genou gauche n'avait

été arrêté lors du nouveau séjour à la Clinique B._____, des radiographies avaient montré des troubles dégénératifs fémoraux-tibiaux internes avec un axe du membre inférieur gauche en léger varus, qui auraient dû conduire à une nouvelle évaluation des limitations fonctionnelles. Selon lui, il fallait dégager une vision d'ensemble de ses limitations fonctionnelles en vue de déterminer si une activité adaptée pouvait entrer en ligne de compte et quel revenu pourrait être réalisé.

Par décision sur opposition du 7 novembre 2025, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a retenu qu'elle avait pris en compte l'ensemble des limitations fonctionnelles consécutives tant à l'accident du 4 novembre 2016 qu'à celui du 13 juillet 2022, qui avaient été clairement résumées et dûment intégrées dans l'évaluation. En outre, aucune aggravation de l'atteinte au genou gauche n'avait été constatée lors du séjour de l'assuré à la Clinique B._____ du 7 août au 10 septembre 2024 et une nouvelle évaluation des limitations fonctionnelles n'était ainsi pas requise. Elle a relevé que ces limitations fonctionnelles incluaient déjà l'arthrose constatée en 2016, laquelle avait justifié l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité fixée à 15 % dans la décision du 29 mai 2020.

C. Par acte du 11 décembre 2025, A._____, toujours représenté par Me Bernel, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui était octroyée, subsidiairement des indemnités journalières d'un taux de 100 %, ainsi que la couverture des soins liés aux atteintes dues aux accidents visés et une indemnité pour atteinte à l'intégrité et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle instruction. En substance, il a déploré que la CNA n'ait pris en considération, dans sa décision du 4 juillet 2025, que les limitations fonctionnelles découlant de l'atteinte à son index gauche à la suite de l'accident du 13 juillet 2022, à savoir le port de charges supérieures à 5-10 kg, le port répété de charges supérieures à 5 kg, les mouvements nécessitant de la force de la main gauche, les mouvements répétés de la main gauche et les activités nécessitant des préhensions fines avec la main

gauche, sans réévaluer, ni prendre en considération les limitations fonctionnelles découlant de son accident de 2016. Il s'est référé à cet égard aux limitations fonctionnelles ressortant de la décision du 29 mai 2020, à savoir pas de port de charges supérieures à 15-20 kg, pas de port répété de charges supérieures à 5-10 kg, pas d'utilisation répétée d'échelles ou d'escaliers ou une activité sur les toits, pas d'activité nécessitant le maintien prolongé de la position statique debout ou en position accroupie et pas de marche prolongée ou en terrain régulier. Il a ajouté que, selon un rapport de la Dre E. _____ du 6 décembre 2024, il fallait tenir compte des limitations suivantes : en lien avec la main gauche, pas de port de charge, pas de travail fin, pas de prise pleine main, pas de prise marteau de moins de 5 kg ; pour le genou gauche, pas de travail en marchant, pas de position à genou ou accroupi et pas d'échelles ; pour les cervicales, pas de travail avec des mouvements de flexion/extension/rotation de la nuque. A cela s'ajoutait que, selon les radiographies effectuées à la Clinique B. _____ le 16 août 2024, des troubles dégénératifs fémoro-tibiaux internes avec un axe du membre inférieur gauche en léger varus avaient été objectivés. Ce constat devait lui aussi conduire à une nouvelle évaluation des limitations fonctionnelles découlant de ce problème, causé par l'accident de 2016. Or la Clinique B. _____ n'y avait pas procédé s'agissant du genou gauche, malgré les douleurs importantes et l'échec du traitement par infiltration constatées durant le séjour. Le recourant a estimé que c'était à tort que la décision sur opposition ne traitait pas les « enseignements » des examens radiographiques, en violation de son droit d'être entendu. Il a également regretté, en se référant à la pièce 211, à savoir le résumé des documents déterminants pour la fixation de la rente, que la CNA n'ait fait que reprendre, dans la fixation de la rente, les limitations retenues en 2020, sans nouvelle évaluation. Il a dès lors réitéré sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire vu le caractère varié et délicat de ses limitations. Il a ajouté que la CNA se méprenait en indiquant que seules des prestations de rente étaient requises, car il demandait également la couverture des soins et, le cas échéant, une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Pour lui, c'était à tort que la CNA soutenait, dans sa décision sur opposition, que les limitations pertinentes avaient été prises en compte, alors que cela ne ressortait pas de la détermination du revenu qu'il

pourrait obtenir compte tenu de ses limitations. A titre de mesures d'instruction, il a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, et, en tant que de besoin, la jonction de la présente cause avec celle ouverte sous référence AI 253/25, respectivement la suspension de l'une jusqu'à droit connu ou expertise réalisée dans l'autre. Il a enfin requis d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire.

La juge instructrice a, par décision du 15 décembre 2025, accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 11 décembre 2025, sous forme d'exonération des avances et des frais judiciaires et de l'assistance d'office d'un avocat en la personne d'Alexandre Bernel, le recourant ayant en outre été exonéré du paiement de toute franchise mensuelle.

Le 12 janvier 2026, la CNA a conclu au rejet du recours, en renvoyant à sa décision sur opposition.

D. Le 16 mai 2024, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, laquelle a été refusée par décision du 30 juin 2025. L'intéressé a également recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales, par acte du 1^{er} septembre 2025. La cause a été instruite sous la référence AI 253/25. Un arrêt est rendu ce jour également dans la cause AI 253/25, connexe à la présente affaire.

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 droit du recourant à une rente d'invalidité, respectivement à d'autres prestations de l'assurance-accidents.

3. 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). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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. 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.

Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de la personne assurée – ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2) – et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit

au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

b) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références citées ; TF 8C_171/2023 du 17 janvier 2024 consid. 3.1). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références citées ; TF 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

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).

d) La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux

revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C_1/2020 du 15 octobre 2020 consid. 3.1).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références citées ; TF 8C_837/2019 du 16 septembre 2020 consid. 5.2).

4. **a)** Pour 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).

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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

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_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

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_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 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. Sur le plan formel, le recourant invoque une violation de son droit d'être entendu, au motif que la décision sur opposition ne traitait pas « les enseignements des examens radiographiques » effectués par la Clinique B._____.

a) Dans la mesure où le recourant invoque ainsi un vice de procédure, la Cour de céans examinera en priorité ce grief. En effet, de nature formelle, le droit d'être entendu est une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 143 IV 380 consid. 1.4.1).

b) La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en particulier, le droit de chaque personne de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 146 IV 218 consid. 3.1.1 ; 142 II 218 consid. 2.3 et les références citées).

c) C'est manifestement à tort que le recourant soutient que les radiographies faites à la Clinique B._____ n'auraient pas été prises en considération par l'intimée. En effet, le Dr BF._____ a, dans son appréciation du 17 mars 2025, indiqué qu'une aggravation objectivable liée à l'accident du 4 novembre 2016 n'était pas survenue, en particulier sur la base des radiographies des genoux récemment effectuées, ce que l'intimée a mentionné dans l'argumentaire de la décision entreprise (cf. décision sur opposition du 7 novembre 2025 ch. 4). Il apparaît, à cet égard, que le recourant conteste bien plutôt la manière dont la CNA s'est positionnée sur la situation en lien avec le genou gauche. Par ce biais, il critique en réalité le résultat de l'appréciation des preuves faite par l'intimée. En ce sens, le grief formel invoqué se confond ici avec celui d'une appréciation erronée des preuves et sera donc examiné avec le fond du litige. A toutes fins utiles, on relèvera à ce stade que l'on ne discerne quoi qu'il en soit pas de violation du droit d'être entendu. Le recourant a notamment pu se déterminer sur l'ensemble des avis médicaux au dossier et faire valoir ses moyens dans le cadre d'un échange d'écritures devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui dispose d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). Ainsi, une

hypothétique violation de son droit d'être entendu devrait en tous les cas être considérée comme réparée.

6. a) En l'espèce, le recourant a été victime d'un accident le 4 novembre 2016 occasionnant une déchirure du ménisque interne du genou gauche, qui a nécessité une arthroscopie et une méniscectomie interne le 12 janvier 2017, ainsi qu'une méniscectomie interne complémentaire le 31 août 2017 et une arthroscopie le 21 février 2018 (cf. rapport d'IRM du 30 novembre 2016, rapport du 26 décembre 2016 de la Dre E._____, protocole opératoire du 13 janvier 2017, rapports des 12 juillet et 17 août 2017 du Dr G._____, rapport du 20 décembre 2017 du Dr K._____ et appréciation du 18 janvier 2018 du Dr H._____).

Dans son appréciation du 20 avril 2020, le Dr H._____ a considéré, en se référant sur le rapport du 2 avril 2020 du Dr M._____ établi après le séjour du recourant à la Clinique B._____ du 25 février au 16 mars 2020, que le cas pouvait être terminé, dès lors que la situation était stabilisée sur le plan médical et que les limitations fonctionnelles avaient été précisées et qualifiées de définitives. Sur cette base, la CNA a rendu, le 29 mai 2020, une décision par laquelle elle a refusé de reconnaître le droit à une rente d'invalidité au recourant, faute de préjudice économique, l'intéressé conservant une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité sans port de charges supérieures à 15-20 kg, sans port répété de charges supérieures à 5-10 kg, sans utilisation répétée d'échelles ou d'escaliers ou d'activités sur les toits, sans activité nécessitant le maintien prolongé de la position statique debout ou accroupie et sans marche prolongée ou en terrain irrégulier. Le recourant ne s'est pas opposé à cette décision, qui est entrée en force.

b) aa) Le 13 juillet 2022, le recourant, victime d'un nouvel accident, s'est coupé le doigt de la main gauche avec un cutter et a présenté une plaie de la face radio-palmaire IPP de l'index de la main gauche, qui a nécessité la suture d'une section de 50 % du ligament collatéral radiale IPP D2 gauche le 14 juillet 2022 (cf. rapport de prise en charge du CHUV du 13

juillet 2022 et protocole opératoire du 18 juillet 2022). Il a, par la suite, connu des douleurs neuropathiques de l'index gauche, avec raideur de l'IPP, et subi une infiltration du nerf médian et du nerf radial superficiel de l'avant-bras (cf. rapports des 17 mai 2023, 4 mars et 24 avril 2024 de la Dre E._____ et rapports du CHUV des 28 novembre 2023, 16 janvier, 29 février, 26 mars et 2 mai 2024). Le recourant a effectué un nouveau séjour à la Clinique B._____ du 7 août au 10 septembre 2024, au cours duquel aucun nouveau diagnostic concernant l'index gauche n'a été posé. Le rapport du 9 septembre 2024 mentionne que l'ultrason réalisé n'a pas montré de signe inflammatoire, ni de laxité augmentée au niveau du ligament collatéral radial de l'IPP de D2. Quant à la suite, aucune indication pour une chirurgie n'avait été retenue et une poursuite des thérapies de désensibilisation était recommandée.

bb) Dans son appréciation du 29 novembre 2024, la Dre B._____ a retenu les diagnostics de plaie par cutter de la face radio-palmaire IPP de l'index de la main gauche avec suture d'une section de 50 % du ligament collatéral radial IPP D2 gauche et de douleurs neuropathiques de l'index gauche avec raideur IPP. On notera ici que la perte de flexion de l'index est également constatée par la Dre E._____ dans son rapport du 29 janvier 2025. Procédant à l'analyse du cas sur la base des différents rapports présents au dossier et particulièrement celui du 9 septembre 2024 de la Clinique B._____, la Dre B._____ a estimé que l'état du recourant était stabilisé compte tenu de l'absence de proposition thérapeutique à la Clinique B._____ et de l'échec des tests au centre de la douleur du CHUV. Il n'y avait ainsi pas à attendre d'amélioration des fonctions et de la santé par la continuation des traitements, ce d'autant plus qu'il n'y avait eu aucune amélioration douloureuse ou fonctionnelle pendant les six semaines d'ergothérapie à la Clinique B._____ compte tenu de l'absence de volonté démontrée par le recourant. La Dre B._____ a ainsi retenu que la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle d'agent de propreté était nulle, mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : port de charges supérieures à 5-10 kg, port de charges répété supérieures à 5 kg, mouvements nécessitant de la force de la main gauche, mouvements répétés de la main gauche et activités nécessitant des

préhensions fines avec la main gauche. S'agissant de la capacité de travail, la Dre E. _____ a attesté que le recourant était en totale incapacité de travail depuis le 15 août 2022 dans l'activité habituelle d'agent de propreté (cf. rapport du 4 mars 2024). Elle ne s'est toutefois pas prononcée sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, mentionnant toutefois, dans son rapport du 17 mai 2023, qu'il était préférable que le recourant fasse une reconversion dans un autre domaine. On relèvera ici que ses avis ne sont au demeurant que succinctement motivés et reprennent pour l'essentiel les plaintes du patient.

En l'occurrence, il faut constater que l'appréciation de la Dre B. _____ est convaincante, le recourant n'élevant d'ailleurs aucun grief à son encontre, et qu'elle peut se voir conférer une pleine valeur probante (cf. *supra* consid. 4b). En outre, la stabilisation de l'état n'est, à juste titre, pas remise en cause par le recourant qui ne l'a pas contestée en opposition, pas plus qu'en recours, aucun élément ne venant au demeurant contredire ce constat. Il ne peut dès lors être fait grief à l'intimée d'avoir procédé à l'examen du droit à la rente, des indemnités journalières n'entrant pas en ligne de compte.

c) aa) Le recourant fait tout d'abord valoir que l'intimée n'a tenu compte, dans sa décision du 4 juillet 2025, que des limitations fonctionnelles découlant de l'atteinte à l'index gauche à la suite de l'accident du 13 juillet 2022 sans réévaluer, ni prendre en considération les limitations fonctionnelles découlant de l'accident du 4 novembre 2016. Cette allégation n'est toutefois pas fondée. En effet, si le courrier du 10 décembre 2024 de la CNA ne mentionne que les limitations fonctionnelles découlant de l'accident du 13 juillet 2022, la décision du 4 juillet 2025 prend en compte tant les limitations fonctionnelles en lien avec le genou gauche (pas de port de charges supérieures à 15-20 kg, pas de port de charges répétés supérieures à 5-10 kg, pas de marche prolongée, pas de marche en terrain irrégulier, pas de position accroupie, ni de réalisation répétée d'escaliers, pas d'utilisation répétée d'échelles, ni de travail sur les toits, ainsi que pas d'activités nécessitant le maintien prolongé de la position statique debout) que celles concernant l'index gauche (éviter le port de

charges supérieures à 5-10 kg, le port de charges répété supérieures à 5 kg, les mouvements nécessitant de la force de la main gauche, les mouvements répétés de la main gauche, ainsi que les activités nécessitant des préhensions fines avec la main gauche). Son argument tombe dès lors à faux.

bb) Ensuite, le recourant se réfère, dans son acte de recours du 11 décembre 2025, à un rapport de la Dre E. _____ du 6 décembre 2024 pour soutenir que de nouvelles limitations fonctionnelles devraient être prises en compte, à savoir, s'agissant de la main gauche, pas de port de charges, pas de travail fin, pas de prise en pleine main, ni pas de prise de marteau ; pour le genou gauche, pas de travail en marchant, pas de travail à genou ou accroupi et ne pas grimper sur des échelles, ainsi que, pour les cervicales, pas de mouvements en flexion, extension ou en rotation. Si ce rapport ne fait pas partie du dossier constitué par la CNA, il apparaît en revanche dans le dossier en lien avec la cause AI 253/25, connexe à la présente cause. Ce rapport n'est toutefois d'aucun secours au recourant dans la mesure où il ne fait que reprendre les limitations fonctionnelles déjà connues en lien avec la main gauche et le genou gauche. Seule la limitation fonctionnelle citée en lien avec les cervicales, à savoir pas de travail avec des mouvements de flexion/extension/rotation de la nuque, n'a pas été mentionnée par l'intimée dans sa décision du 4 juillet 2025. Même à admettre que le rapport du 6 décembre 2024 pourrait être pris en compte dans la présente cause, cette seule limitation ne saurait toutefois influencer positivement l'octroi d'une rente d'invalidité, la Dre E. _____ ayant attesté, dans son rapport du 6 décembre 2024, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, y compris celles en lien avec les cervicales.

cc) Le recourant fait encore valoir que des troubles dégénératifs fémoraux-tibiaux avec un axe du membre inférieur gauche en léger varus ont été objectivés, sans qu'une nouvelle évaluation des limitations fonctionnelles découlant de l'accident de 2016 en lien avec le genou n'ait été faite. On rappellera ici que les limitations fonctionnelles en lien avec le genou gauche ont bien été prises en compte par l'intimée, tant dans le

résumé des documents déterminants pour la fixation de la rente que dans sa décision du 4 juillet 2025. Surtout, les médecins de la Clinique B._____, qui se sont spécifiquement prononcés sur le genou gauche dans leur rapport du 9 septembre 2024, n'ont constaté aucune aggravation de l'atteinte au genou gauche. Ils ont au contraire relevé qu'il n'y avait aucun nouveau diagnostic à ce niveau, tout en rappelant que le patient présentait une gonarthrose fémoro-tibiale interne dans les suites d'un traumatisme de 2016. Ils ont expliqué que le recourant avait connu, au cours du séjour à la Clinique B._____, une augmentation des douleurs à la face interne du genou et que des radiographies avaient confirmé la présence de troubles dégénératifs fémoro-tibiaux internes avec un axe du membre inférieur gauche en léger varus. Le consultant spécialisé en chirurgie orthopédique avait recommandé de la physiothérapie, une éventuelle viscosupplémentation et l'essai d'une attelle de valgisation, la possibilité d'une ostéotomie de valgisation ayant également été évoquée. Le rapport précisait qu'une viscosupplémentation du genou gauche avait été réalisée durant le séjour, dans le service d'anesthésiologie de l'hôpital de F***. Suite à ce geste, le recourant avait présenté d'importantes douleurs du genou gauche, nécessitant l'utilisation d'une chaise roulante. Avec l'adaptation de l'antalgie et un repos relatif de trois jours, l'évolution avait été favorable et le recourant avait pu regagner son domicile le 9 septembre 2024. Les médecins de la Clinique B._____ ont recommandé la poursuite de la physiothérapie et ont prescrit une attelle de valgisation. L'absence d'aggravation est par ailleurs confirmée par le Dr BF._____ dans son rapport du 17 mars 2025. Pour lui, les limitations fonctionnelles mises en évidence lors de l'examen médical final du 20 avril 2020 demeuraient valables. Enfin, il ne ressort pas du dossier que les infiltrations du genou gauche réalisées les 6 septembre, 11 décembre 2024 et 15 janvier 2025 auraient induit de nouvelles limitations fonctionnelles, qui auraient nécessité une réévaluation de la situation du recourant.

dd) Enfin, le recourant a demandé la couverture des soins, qui est effectivement donnée en ce qui concerne l'événement de 2016, la CNA ayant admis la prise en charge de deux séries de neuf séances de physiothérapie par année, un traitement antalgique sur prescription

médicale et une consultation spécialisée par année, avec d'éventuelles radiographies (cf. courrier du 14 avril 2025).

d) En définitive, la CNA a, dans sa décision du 4 juillet 2025, bien pris en compte les limitations fonctionnelles décrites par les différents médecins découlant tant de l'accident de 2016 que de celui de 2022, aucune aggravation en lien avec l'atteinte au genou gauche nécessitant une nouvelle évaluation des limitations fonctionnelles n'ayant été au surplus objectivée, le recourant n'ayant au demeurant produit aucun avis médical ultérieur susceptible de porter le doute. A la lumière de ce qui précède, il convient de confirmer la décision attaquée en tant qu'elle retient que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

7. Il reste encore à examiner le dossier sous l'angle économique et à déterminer si le recourant a droit à une rente d'invalidité.

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. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de la personne assurée – ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2) – et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

b) 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).

c) La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C_1/2020 du 15 octobre 2020 consid. 3.1).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références citées ; TF 8C_837/2019 du 16 septembre 2020 consid. 5.2).

d) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

e) 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). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2).

f) aa) Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

bb) 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 ; 129 V 222).

cc) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de services, 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 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

g) En l'espèce, le calcul du degré d'invalidité opéré par l'intimée n'est pas contesté par le recourant et peut être confirmé, sauf en ce qui concerne le revenu sans invalidité. Si l'intimée s'est basée, à juste titre, sur le salaire qu'aurait gagné le recourant auprès de N. _____ SA, à savoir 24

fr. 42 x 43 heures x 52 semaines, auquel une indemnité de 8.33 % a été ajoutée à titre de 13^e salaire, elle a en revanche omis de tenir compte d'une indemnité pour les vacances et jours fériés de 8,33 %, telle que prévue par l'art. 17 de la CCT du secteur du nettoyage pour la Suisse romande. Cette indemnité ressort d'ailleurs également du salaire mentionné dans la déclaration d'accident du 21 juillet 2022. Ainsi, c'est un montant de 64'078 fr. 90 qui doit être retenu à titre de revenu sans invalidité. Quant au revenu d'invalidé, l'intimée pouvait se référer aux données de l'ESS 2022, indexées à 2025, étant donné que le recourant n'a jamais repris d'activité lucrative. Elle a ainsi pris en compte le revenu auquel peut prétendre les hommes avec le niveau de compétence 1, soit un montant mensuel de 5'305 francs. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de quarante heures, ce revenu doit être adapté à la durée hebdomadaire usuelle dans les entreprises, soit 41,7 heures. Le revenu annuel brut s'élève à 69'123 fr. 33. Il n'y a en outre pas lieu de s'écarter de l'abattement de 10 % retenu sur le montant d'invalidé par l'intimée pour tenir compte des limitations fonctionnelles, qui est conforme à la jurisprudence (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb ; TF 8C_196/2022 du 20 octobre 2022 consid. 5.2 et les références citées), le recourant ne faisant d'ailleurs pas valoir qu'un abattement supérieur aurait dû être pris en compte. On notera ici que l'intimée avait retenu un abattement de 5 % dans son calcul du taux d'invalidité en 2020, qu'elle a ensuite correctement augmenté pour tenir compte des limitations fonctionnelles en lien avec l'atteinte à l'index gauche, étant rappelé que le recourant est droitier (cf. procès-verbal d'entretien du 14 décembre 2017, rapport d'ergothérapie du 6 septembre 2024 et appréciation du 29 novembre 2024 de la Dre B._____). En définitive, la comparaison d'un revenu sans invalidité de 64'078 fr. 90 avec un revenu d'invalidé de 62'211 fr. aboutit au constat d'une perte de gain de 1'867 fr. 90 correspondant à un degré d'invalidité de 3,15 %, arrondi à 3 % (ATF 130 V 121), insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents (cf. art. 18 al. 1 LAA).

8. Dans son acte de recours, le recourant demande également une indemnité pour atteinte à l'intégrité, sans autre précision.

a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité.

Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2).

b) L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité incombe avant tout aux médecins, qui doivent d'une part constater objectivement les limitations, et d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C_566/2017 précité consid. 5.1 et la référence).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 209 consid. 4a/bb ; 124 V 29 consid. 1b ; TF 8C_238/2020 du 7 octobre 2020 consid. 3). Il représente une « règle générale » (ch. 1, première phrase, de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1, deuxième phrase, de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc

; TF 8C_565/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.3 ; TF 8C_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 3.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

c) En l'occurrence, il est constant qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité relative à l'événement de 2016 a déjà été reconnue et servie et ne fait pas l'objet du litige (cf. décision du 29 mai 2020).

Quant à l'événement de 2022, la Dre B._____ n'est pas contredite lorsqu'elle observe que les différentes tables d'indemnisation de la CNA ne donnent aucun pourcentage d'indemnité dans le cas de figure d'un index raide, le recourant n'ayant d'ailleurs produit aucun élément pouvant laisser penser le contraire. Le refus d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité doit dès lors être confirmé.

9. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Une telle mesure ne serait en effet pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée.

Quant à la requête de jonction de la présente procédure avec la cause AI, ouverte sous numéro AI 253/25, elle est sans objet, dès lors que les deux causes ont été instruites conjointement et font l'objet d'arrêts notifiés le même jour.

10. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. ^{fbis} LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

c) Le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire et Me Bernel peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 2 février 2026, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, celle-ci peut être suivie et il convient d'arrêter l'indemnité à 1'625 fr. 40, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3^{bis} RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 7 novembre 2025 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Alexandre Bernel, conseil du recourant, est arrêtée à 1'625 fr. 40 (mille six cent vingt-cinq francs et quarante centimes), débours et TVA compris.

- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaires est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise provisoirement à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Alexandre Bernel (pour A. _____),
- 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 :