

# NE\_GERICHTE CDP.2025.70 vom 23. Februar 2026

NE Tribunal cantonal, 2026-02-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne\\_gerichte\\_CDP.2025.70](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2025.70)

FR: NE\_GERICHTE CDP.2025.70 du 23 février 2026

IT: NE\_GERICHTE CDP.2025.70 del 23 febbraio 2026

## Erwägungen

### E. 18

mai 2018, la CNA a informé l'assuré qu'elle annulait sa décision du 15 décembre 2017 et allait reprendre des investigations médicales complémentaires suite au changement du cadre légal pour la prise en charge de l'implant SCS. Dans son appréciation neurologique du 5 juillet 2019 avec examen du 27 novembre 2018, le Dr H. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de syndrome douloureux chronique de la cuisse droite d'origine indéterminée, de status post-rupture myotendineuse du muscle droit antérieur droit et lésion des ligaments croisés survenus le 13 avril 2013. En résumé, il a relevé des incohérences entre les plaintes de l'intéressé et son autonomie de fait dans sa vie quotidienne, un comportement douloureux particulier de l'assuré et le fait que la demande d'implant SCS se situait dans un contexte asséurologique litigieux. Ce médecin a conclu en ne retenant pas de diagnostic défini pour le syndrome douloureux. En l'absence d'une douleur neuropathique avérée et d'une étiologie somatique définie, l'indication pour le traitement invasif n'était pas justifiée. Par décision du 8 juillet 2019, la CNA a refusé la prise en charge d'un implant SCS. A l'appui de son opposition à ce refus, l'intéressé a produit un avis médical du Dr G. \_\_\_\_\_ du 4 octobre 2019 dans lequel celui-ci considérait notamment que le diagnostic de syndrome douloureux chronique d'origine indéterminée posé par le Dr H. \_\_\_\_\_ était parfaitement insuffisant et imprécis. Selon ce médecin, l'origine des douleurs n'était pas indéterminée, mais découlait des interventions pratiquées, surtout de celle à l'Hôpital universitaire [1] en 2016. L'anamnèse et la clinique parlaient largement en faveur d'une douleur neuropathique et donc d'un diagnostic précis et de clinique localement limitée. Chez ce patient, la douleur neuropathique était caractérisée par des douleurs de type décharges électriques et spasmes musculaires paroxystiques du quadriceps de rythme et d'intensité irréguliers, associés à une hypoesthésie thermo-algo-tactile du territoire (cuisse antéro-latérale droite) avec allodynie-hyperalgésie y associées. En se basant sur cette clinique, permanente et reproductible, il réitérait sa proposition d'un implant SCS à titre de test. Estimant qu'il n'existait pas d'élément médical déterminant permettant de douter du bien-fondé de l'avis du Dr H. \_\_\_\_\_, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré (décision sur opposition du 17.10.2019).

Par arrêt du 26 janvier 2021, la Cour de céans a admis le recours de l'intéressé dirigé contre la décision sur opposition précitée et a renvoyé la cause à la CNA pour complément d'instruction et nouvelle décision. En substance, elle a retenu qu'en présence d'avis contradictoires et motivés de deux spécialistes (médecin-conseil et médecin traitant spécialiste), sans qu'il soit possible de privilégier l'un ou l'autre de ces avis, la mise en œuvre d'une expertise se justifiait dans la mesure où un doute, même faible, existait quant au caractère neuropathique des douleurs présentées par l'assuré. Reprenant l'instruction de la cause, la CNA a mis en œuvre une expertise neurologique auprès du Dr I. \_\_\_\_\_,

spécialiste FMH en neurologie. Dans son rapport d'expertise du 4 octobre 2021, ce médecin a conclu à un syndrome douloureux de la cuisse droite complexe, avec composante nociceptive vraisemblable se manifestant par un tableau de contraction, de crampes du muscle droit antérieur associé sans aucun doute à une composante de douleur neuropathique dans le cadre d'un status après résection du nerf fémoro-cutané latéral de la cuisse droite. La pose d'une stimulation épidurale de la moëlle épinière avec les systèmes SCS était indiquée dans le cas de l'intéressé. Par courrier du 27 janvier 2022, la CNA a indiqué confirmer la prise en charge de la phase test de la neurostimulation médullaire. L'implantation d'une électrode épidurale test a eu lieu le 9 juin 2023 par le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie, et il est apparu que l'amélioration apportée par ce dispositif n'était pas suffisante pour en envisager l'implantation définitive (courrier du 26.06.2023). Dans son appréciation médicale du 6 octobre 2023, la Dre K. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie et médecin-conseil, a estimé que l'état de santé de l'assuré était stabilisé et qu'il était peu probable que l'exigibilité ait été modifiée depuis le rapport d'examen final du 24 octobre 2016 du Dr F. \_\_\_\_\_, mais que cela était à revoir après un bilan à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR). Le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil, a retenu que s'agissant de la stabilisation de l'état de santé, il fallait se référer aux conclusions de la Dre K. \_\_\_\_\_ du 6 octobre 2023 et que la capacité de travail, telle que déterminée en 2016, ainsi que l'atteinte à l'intégrité physique restaient inchangées. Il ne fallait pas présumer qu'un séjour auprès de la CRR révélerait des éléments sensiblement différents de ceux précédemment établis (avis du 24.10.2023). La Dre K. \_\_\_\_\_ a considéré que la situation était largement stabilisée, avec une exigibilité détaillée le 24 octobre 2016 par le Dr F. \_\_\_\_\_ qui n'avait pas besoin de modification, comme l'atteinte à l'intégrité (avis du 22.02.2024). Par courrier du 29 février 2024, la CNA a prié l'OAI d'examiner si les conditions préalables pour la mise en œuvre de mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle étaient remplies. En date du 15 mai 2024, la CNA a informé l'intéressé qu'elle estimait que son état de santé était stabilisé et qu'il était apte à travailler à 100 % dans une activité adaptée à son état de santé. Par conséquent, elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 mai 2024. Un éventuel droit à d'autres prestations d'assurance (rente et indemnité pour atteinte à l'intégrité [IPAI]) était en cours d'examen.

Par décision du 10 juin 2024, la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité fondée sur un taux de 20 % dès le 1er juin 2024, ainsi qu'une IPAI de 10 %. Elle a considéré que l'intéressé était à même d'exercer durant toute la journée, dans différents secteurs de l'économie, une activité principalement assise, mais permettant d'alterner avec la position debout, n'exigeant pas de devoir s'accroupir ou s'agenouiller ni de devoir se déplacer longuement ou en terrains irréguliers, ainsi que dans les escaliers ou utiliser des échelles et ne nécessitant qu'un port de charges légères. En prenant comme base les chiffres du niveau de compétences 1 de l'ESS pour un homme et en tenant compte d'une réduction du rendement de 15 % en raison de la nécessité d'observer des plages de repos horaires en plus des pauses officielles et en opérant un abattement supplémentaire 5 % pour les limitations fonctionnelles, un salaire de 55'428 francs pouvait être obtenu dans une activité adaptée à son handicap. Comparé au revenu de 69'526 francs réalisable sans l'accident, il en résultait une perte de 20,28 %. Saisie d'une opposition de l'assuré, la CNA a requis l'avis de la Dre K. \_\_\_\_\_, notamment sur la baisse de rendement à retenir et sur l'évaluation de

l'IPAI. Cette médecin a estimé qu'il n'y avait pas de critère formel pour s'écarter de la baisse de rendement de 15 %. Concernant l'IPAI, le Dr F. \_\_\_\_\_ avait bien expliqué le taux en utilisant plusieurs exemples (avis du 27.01.2025). Par décision sur opposition du 28 janvier 2025, la CNA a rejeté l'opposition.

B.A. \_\_\_\_\_ interjette recours devant la Cour de droit public du Tribunal cantonal contre cette décision sur opposition dont il demande l'annulation en concluant, sous suite de frais et dépens, au renvoi de la cause à l'autorité précédente pour nouvelle décision au sens des considérants. En substance, il se plaint d'une violation de son droit d'être entendu sous deux aspects différents. Tout d'abord, il fait grief à la CNA d'avoir méconnu son droit à participer à l'administration des preuves dans la mesure où elle a rendu sa décision avant la mise en place des mesures de réinsertion qu'elle avait demandé à l'OAI de mettre en œuvre, l'empêchant ainsi de faire valoir ses arguments en lien avec le résultat de ces mesures. Le recourant fait également valoir que la décision litigieuse est insuffisamment motivée, en particulier en ce qu'elle ne prend pas en considération les rapports médicaux des Drs G. \_\_\_\_\_ (rapports des 29.12.2017 et 18.04.2022), J. \_\_\_\_\_ (rapport du 26.06.2023) et M. \_\_\_\_\_ (rapport du 18.11.2024), ainsi que le rapport d'observation du 1er octobre 2024 de la Fondation N. \_\_\_\_\_. Il considère que la CNA a violé l'article 43 LPGa en manquant à son obligation d'impartialité et n'a pas procédé à une évaluation rigoureuse et objective des preuves. En particulier, il remet en cause les constatations du Dr I. \_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise du 4 octobre 2021, reprises telles quelles par la Dre K. \_\_\_\_\_, selon lesquelles il était capable de marcher sur les talons et sur la pointe des pieds, alors qu'il l'avait déjà contesté à plusieurs reprises et que cela ne correspondait pas à ce qui avait été relevé dans d'autres pièces médicales figurant au dossier. Selon lui, la CNA a donné trop d'importance à un rapport erroné du Dr I. \_\_\_\_\_, qui avait pourtant été immédiatement contesté, et a celui du Dr F. \_\_\_\_\_, contesté par le Dr G. \_\_\_\_\_. Par ailleurs, la CNA a ignoré des éléments probants tels que les rapports des Drs J. \_\_\_\_\_, M. \_\_\_\_\_, G. \_\_\_\_\_, ainsi que celui de la Fondation N. \_\_\_\_\_. Il produit un certificat médical du 13 août 2024 du Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, attestant une incapacité de travail totale dès le 1er juillet 2024 pour toutes activités professionnelles y compris celles ne nécessitant pas d'engagement physique.

C. Dans ses observations, la CNA conclut au rejet du recours.

D. Le recourant dépose un rapport d'expertise pluridisciplinaire établi le 19 mai 2025 par des spécialistes du Centre Médical Expertises (ci-après : CEMEDEX) à l'initiative de l'OAI.

## C O N S I D E R A N T

en droit

1. Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable.

2.a) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue ; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 cons. 4.3.1, 131 V 242 cons. 2.1, 121 V 362 cons. 1b).

b) Dans le cadre de la procédure de recours, le recourant dépose le rapport d'expertise pluridisciplinaire du CEMEDEX du 19 mai 2025. Bien que ce document soit postérieur au moment auquel la décision sur opposition attaquée a été rendue, il discute notamment de la situation telle qu'elle se présentait avant le prononcé de cette dernière, de sorte qu'il peut être pris en compte. Quant au certificat médical du Dr M. \_\_\_\_\_ du 13 août 2024, il est antérieur à la décision litigieuse et peut également être pris en considération.

3.a) Garanti par l'article 29 al. 2 Cst. féd., le droit d'être entendu comprend notamment le droit pour l'intéressé de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique, d'avoir accès au dossier, de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer sur son résultat lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 142 III 48 cons. 4.1.1, 140 I 285 cons. 6.3.1 et les références citées). La jurisprudence en a également déduit, l'obligation pour l'autorité de motiver sa décision afin que le justiciable puisse la comprendre ainsi que l'attaquer utilement s'il y a lieu, et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle. L'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 138 IV 81 cons. 2.2). Il n'y a violation du droit d'être entendu que si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner les problèmes pertinents (ATF 134 I 83 cons. 4.1). En règle générale, l'étendue de l'obligation de motiver dépend de la complexité de l'affaire à juger, de la liberté d'appréciation dont jouit l'autorité et de la potentielle gravité des conséquences de sa décision (ATF 112 Ia 107 cons. 2b ; arrêt du TF du 05.07.2010 [8C\_762/2009] cons. 2.2). En assurances sociales, l'article 49 al. 1 et 3 LPGA dispose expressément que les décisions doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. L'article 42 LPGA rappelle en outre le droit d'être entendu des parties dans le cadre d'une procédure administrative en matière d'assurances sociales.

b) En l'occurrence, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu sous deux aspects différents. Tout d'abord, il fait grief à la CNA d'avoir méconnu son droit de participer à l'administration des preuves dans la mesure où elle a rendu sa décision avant la mise en œuvre des mesures de réinsertion qu'elle avait demandé à l'OAI d'examiner, l'empêchant ainsi de faire valoir ses arguments en lien avec le résultat de ces mesures. Tel que formulé, le grief du recourant revient à contester à la CNA le droit de rendre une décision avant que les éventuelles mesures de réinsertion dont elle avait demandé à l'OAI l'examen des conditions préalables à leur éventuelle mise en œuvre (courrier du 29.02.2024) aient été menées à terme. Il s'agit dès lors d'une question de fond qui sera examinée ci-après.

Le recourant fait également grief à la décision d'être insuffisamment motivée, en particulier en ce qu'elle ne prend pas en considération les rapports médicaux des Drs G. \_\_\_\_\_ (rapports des 29.12.2017 et 18.04.2022), J. \_\_\_\_\_ (rapport du 26.06.2023) et M. \_\_\_\_\_ (rapport du 18.11.2024), ainsi que le rapport d'observation du 1er octobre 2024 de la Fondation N. \_\_\_\_\_. Il sera relevé que, par ce biais, le recourant 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 constatation manifestement inexacte des faits pertinents, que le recourant soulève également. Il sera donc examiné avec le fond du

litige.

Il apparaît par ailleurs que la motivation ■ certes succincte ■ de la décision entreprise n■a pas empêché le recourant de faire intelligiblement valoir ses griefs dans le cadre de la présente procédure. En particulier, l■assuré a eu accès à l■ensemble des pièces fondant la position de la CNA. Sur cette base, il a été en mesure de développer une argumentation circonstanciée dans ses écritures adressées à la Cour de céans. Dans ces conditions, on ne voit pas en quoi le droit d■être entendu du recourant aurait été violé. En tout état de cause, celui-ci ayant été en mesure de s■exprimer devant une instance jouissant d■un plein pouvoir d■examen pour statuer, l■argument tiré d■une éventuelle violation du droit d■être entendu doit là aussi être écarté.

4.a) Aux termes de l■article 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, les prestations d■assurance sont allouées en cas d■accident professionnel, d■accident non professionnel et de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d■un accident assuré suppose d■abord, entre l■événement dommageable de caractère accidentel et l■atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu■il y a lieu d■admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu■il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 142 V 435 cons. 1, 129 V 177 cons. 3.1 et les références citées; arrêt du TF du 04.12.2020 [8C\_117/2020] cons. 3.1 et les références citées). Le droit à des prestations de l■assurance-accidents suppose également l■existence d■un lien de causalité adéquate entre l■accident et l■atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d■après le cours ordinaire des choses et l■expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s■est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance. Dans le domaine de l■assurance-accidents obligatoire cependant, en cas d■atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu■elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 138 V 248 cons. 4 et les références citées ; arrêt du TF du 10.02.2017[8C\_220/2016]cons. 7.3).

b) Aux termes de l'article 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPG) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. En préambule, il sied de préciser que la notion d'invalidité, définie à l'article 8 LPG, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance-militaire et d'assurance■invalidité. L■article 8 al. 1 LPG prévoit qu■est réputée invalidité l■incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 al. 1 LPG). Pour évaluer le taux d■invalidité, le revenu que l■assuré aurait pu obtenir s■il n■était pas invalide est comparé avec celui qu■il pourrait obtenir en exerçant l■activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPG).

Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1 LAA). L'article 19 al. 3 LAA précise que le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur la naissance du droit aux rentes lorsque l'on ne peut plus attendre de la

continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, mais que la décision de l'assurance-invalidité quant à la réadaptation professionnelle intervient plus tard. Aux termes de l'article 30 al. 1 OLAA, lorsqu'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, mais que la décision de l'AI concernant la réadaptation professionnelle n'interviendra que plus tard, une rente sera provisoirement allouée dès la fin du traitement médical ; cette rente est calculée sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment-là. Le droit s'éteint : dès la naissance du droit à une indemnité journalière de l'AI (let. a) ; avec la décision négative de l'AI concernant la réadaptation professionnelle (let. b) ; avec la fixation de la rente définitive (let. c).

L'octroi d'une rente provisoire suppose notamment qu'un droit à des mesures de réadaptation professionnelle de l'AI soit sérieusement envisagé. Tel est le cas lorsque, au moment où l'assureur-accidents rend sa décision sur opposition, l'AI n'a pas encore statué de manière définitive sur des mesures de réadaptation professionnelle qui sont en cours d'examen (arrêt du TF du 15.10.2014 [8C\_347/2014] cons.3.2 ;Flückiger, in: Frésard-Fellay/Leuzinger/Pärli [éd.], Basler Kommentar, Unfallversicherungsgesetz, 2019, n° 52 ad art. 19 LAA).Par ailleurs, la décision de l'AI à venir doit porter sur des mesures qui sont de nature à influencer le taux d'invalidité déterminant pour la rente de l'assurance-accidents (arrêt du TF du 05.08.2024 [8C\_90/2024] cons. 4.1.1 et les références citées).

c) Si l'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, il ne convient pas moins d'examiner d'abord l'incapacité de travail telle qu'elle a été fixée par les médecins. En effet, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration, ou le juge s'il y a eu recours, a besoin de renseignements que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 cons. 4, 115 V 133 cons. 2, 114 V 310 cons. 3c).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment 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 cons. 5.1, 133 V 450 cons. 11.1.3, 125 V 351 cons. 3a ; arrêt du TF du 24.10.2017[8C\_75/2017]cons. 3.4). Le simple fait que le médecin consulté soit lié à

l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une présomption à l'égard de l'assuré. Ainsi, une valeur probante doit être accordée aux appréciations émises par les médecins de l'assureur-accidents, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA (ou tout autre assureur-accidents), aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 cons. 3b/bb et les références citées). Cela étant, le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes, même faibles, quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant, d'une part, sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, il doit soit ordonner une expertise judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'article 44 LPGA (ATF 139 V 225 cons. 5.2, 135 V 465 cons. 4.4 et 4.7 ; arrêts du TF des 14.04.2021 [8C\_671/2020] cons. 3.3 et 03.05.2021 [8C\_520/2020] cons. 6.1.4).

5. Sans prendre de conclusions formelles à cet égard, la recourant reproche néanmoins à la CNA d'avoir rendu sa décision avant que les éventuelles mesures de réinsertion dont elle avait demandé à l'OAI l'examen des conditions préalables à leur éventuelle mise en œuvre (courrier du 29.02.2024) aient été menées à terme. Dans ces circonstances, une rente temporaire aurait éventuellement dû être octroyée au recourant.

Comme cela a été relevé précédemment (cf. supra cons. 4b), une rente provisoire peut être allouée dès la fin du traitement médical lorsque la décision de l'AI concernant la réadaptation professionnelle n'interviendra que plus tard. L'octroi d'une rente provisoire suppose toutefois qu'un droit à des mesures de réadaptation professionnelle de l'AI soit sérieusement envisagé. Tel est le cas lorsque, au moment où l'assureur-accidents rend sa décision sur opposition, l'AI n'a pas encore statué de manière définitive sur des mesures de réadaptation professionnelle qui sont en cours d'examen. Or, en l'espèce, lorsque la CNA a rendu sa décision sur opposition (28.01.2025), il n'est pas contesté que l'OAI avait interrompu la mesure de réinsertion et clôturé le mandat de réadaptation (communication du 29.08.2024), de telle sorte qu'aucune rente temporaire n'entrait en considération.

6. Le litige porte sur la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Pour fonder la décision litigieuse, la CNA s'est principalement fondée sur les appréciations de la Dre K. \_\_\_\_\_ des 6 octobre 2023, 22 février 2024 et 27 janvier 2025. En substance, sur cette question, dans un premier temps cette médecin a préconisé un séjour à la CRR pour un bilan neurologique des déficits actuellement présents (rapport du 06.10.2023) avant de retenir que l'exigibilité détaillée le 24 octobre 2016 par le Dr F. \_\_\_\_\_ n'avait pas à être modifiée (rapport du 24.02.2023). La Dre K. \_\_\_\_\_ a fait siennes les conclusions du Dr F. \_\_\_\_\_ qu'elle a citées de la manière suivante:

« Ces éléments et les incohérences gestuelles objectivées ce jour, nous font retenir, tout en reconnaissant les atteintes somatiques subies, tant au niveau des structures ligamentaires du genou D et musculaires de la cuisse D, que des facteurs indépendants des atteintes organiques subies contribuent probablement de manière notable au tableau clinique présenté

ce jour. Sur un plan médico-asséculoologique, la situation peut être considérée comme stabilisée. Sur la base des dernières pièces médicales versées au dossier et de l'examen de ce jour, on peut, pour les seules suites objectivables organiques consécutives à l'événement du 30.04.2013, établir l'exigibilité suivante : le patient peut, dans le cadre d'une activité réalisée à sa guise en position assise ou debout, mais de manière prépondérante en position assise, en portant des charges légères à l'aide du MS G uniquement, sans déplacement prolongé ou répété, sans déplacement en terrain instable, sans devoir s'agenouiller ou s'accroupir, sans utilisation d'escaliers, sans utilisation d'échelle ou déplacements sur des toits, en pouvant faire une pause de 10 minutes toutes les heures, réaliser une activité à la journée entière.».

Par la suite, dans son appréciation médicale du 27 janvier 2025, requise par la CNA en raison de l'opposition du recourant à sa décision du 10 juin 2024, retenant notamment une baisse de rendement de 15 %, la Dre K. \_\_\_\_\_ a conclu comme suit (p. 4) :

«En l'absence d'une amyotrophie musculaire de la cuisse majeure, qui parle contre une sous-utilisation importante de la cuisse droite, et l'absence de nouveau diagnostic neurologique chez un assuré limité par des douleurs neuropathiques de la cuisse latérale droite avec hyp- et hyperesthésie et échec du traitement dans un contexte d'un litige asséculoologique depuis plus de dix ans, il n'y a pas de critère formel pour changer le rendement déterminé par mes confrères et sur le côté administratif à 15 %. Je partage l'avis du Dr I. \_\_\_\_\_ par contre que l'assuré a une capacité de travail entière en position assise (confer pièce 513 p. 21). Concernant l'IpAI, le Dr F. \_\_\_\_\_ a bien expliqué le taux en utilisant plusieurs exemples. À noter qu'il s'agit du nerf fémoral cutané latéral, qui est sensitif, sans atteinte de la motricité.»

Répondant à la question suivante (p. 4) : «Pour quelles raisons ne devrions-nous pas admettre une baisse de rendement de 30 %», telle que retenue par le Dr I. \_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise neurologique du 4 octobre 2021, la médecin conseil a notamment estimé qu'en l'absence d'une perte musculaire relevante au niveau des cuisses, la douleur qui était principalement limitée à la cuisse latérale droite, n'était pas d'une ampleur pouvant produire une perte musculaire sévère, ce qui parlait contre une immobilisation de l'assuré pour des douleurs.

Force est de constater qu'il ressort de ce qui précède que la Dre K. \_\_\_\_\_ s'est déterminée de façons différentes sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Alors qu'elle avait préconisé la mise en œuvre d'un séjour à la CRR afin de l'évaluer (avis du 06.10.2023), elle a ensuite fait siennes les conclusions du rapport d'examen final du Dr F. \_\_\_\_\_ du 24 octobre 2016. Or, cela apparaissait déjà problématique à plusieurs égards, soit en particulier en raison du fait que tout en reconnaissant que les atteintes somatiques subies pouvaient occasionner quelques douleurs, le Dr F. \_\_\_\_\_ avait indiqué que l'ensemble du tableau douloureux ne s'expliquait pas du point de vue somatique. En particulier s'agissant de la suspicion de douleurs neuropathiques, il a rappelé que l'examen effectué en 2015 par la Dre C. \_\_\_\_\_ ne fournissait aucun argument en faveur d'une lésion nerveuse. Il a dès lors considéré que des facteurs indépendants des atteintes organiques contribuaient de manière notoire au tableau clinique présenté et a retenu que l'assuré bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité respectant certaines limitations fonctionnelles. Les conclusions du Dr F. \_\_\_\_\_ ne pouvaient être reprises telles quelles dans la mesure où elles ont été contredites à de nombreuses reprises, notamment par le Dr G. \_\_\_\_\_, mais surtout par le rapport d'expertise neurologique du Dr I. \_\_\_\_\_ du 4 octobre 2021 qui a conclu de

manière certaine à une composante neuropathique des douleurs. Ce médecin, qui avait été mandaté par l'intimée principalement pour se prononcer sur l'indication éventuelle d'une stimulation épidurale de la moëlle épinière, s'est néanmoins exprimé sur la capacité de travail du recourant en relevant notamment que «la douleur neuropathique, constante et non liée à la position, aux déplacements, entraîne une baisse de rendement de 30 %». En présence de l'avis d'un expert neurologue (baisse de rendement de 30 % en raison des douleurs neuropathiques constantes) qu'elle avait elle-même mandaté et de celui de son médecin-conseil qui ne le prenait pas en considération (capacité de travail entière fondée sur l'avis non probant du Dr F. \_\_\_\_\_), la CNA a cependant estimé qu'une baisse de rendement de 15 % était justifiée en raison de la nécessité d'observer des plages de repos horaire en plus des pauses officielles. Les raisons pour lesquelles la Dre K. \_\_\_\_\_ a validé la baisse de rendement de 15 % en écartant les conclusions du Dr I. \_\_\_\_\_, en faisant valoir que la douleur n'était pas d'une ampleur pouvant produire une perte musculaire sévère, ce qui parlait contre une immobilisation du recourant pour des douleurs n'apparaissent pas convaincantes. En effet, le Dr I. \_\_\_\_\_ avait précisément retenu que la musculature jambière avait une force conservée, ce qui ne l'a pas empêché de considérer que les douleurs neuropathiques, constantes et non liées à la position et aux déplacements, entraînaient une baisse de rendement de 30 %. L'avis contraire de la Dre K. \_\_\_\_\_ apparaît dès lors peu probant et semble se fonder sur une prétendue incohérence entre le fait que le recourant ait indiqué passer ses journées principalement couché au lit et le fait que sa musculature soit conservée. A noter encore qu'à de nombreuses reprises, il a au contraire été retenu qu'il n'y avait pas d'incohérence entre les plaintes du recourant, l'examen clinique et les diagnostics retenus. A tout le moins, la Cour de céans constate que l'expertise neurologique du Dr I. \_\_\_\_\_ instille un doute concret quant à la pertinence des constatations de la Dre K. \_\_\_\_\_. Il en va de même, en tout cas, de l'avis médical du Dr J. \_\_\_\_\_ du 27 juin 2023, qui a relevé que s'agissant d'une activité dans un poste adapté, la problématique restait similaire, car les symptômes survenaient en dehors de tout engagement physique et de manière imprévisible avec une intensité élevée et d'une durée variable, ce qui ne permettait pas d'envisager une activité professionnelle, même sans engagement physique, qui nécessiterait des interruptions incessantes. De surcroît, le volet neurologique du rapport d'expertise pluridisciplinaire du CEMEDEx du 19 mai 2025 retient que les douleurs neurogènes comportent un fardeau dans la mesure où elles surviennent de façon inopinée et itérative au décours de la journée entraînant une incapacité de travail, dans une activité adaptée, de 60 % avec une baisse de rendement de 20 %. Cette appréciation vient ainsi renforcer considérablement les incertitudes découlant de l'instruction lacunaire menée par l'intimée. On relèvera également que les remarques s'agissant de l'absence de valeur probante de l'appréciation de la capacité de travail du recourant par la Dre K. \_\_\_\_\_, qui se fonde sur l'appréciation non probante du Dr F. \_\_\_\_\_, valent également s'agissant de l'évaluation de l'IPAI. En effet, force est de constater que cette question nécessite un examen circonstancié et ne saurait simplement se fonder sur l'appréciation du Dr F. \_\_\_\_\_, qui ne prenait pas en considération l'entier de la problématique du recourant, puisqu'il considérait notamment à tort que des facteurs externes influençaient les douleurs.

Compte tenu de ce qui précède, les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause n'ont pas suffisamment été élucidés pour pouvoir se prononcer en l'état du dossier sur la capacité résiduelle de travail du recourant et sur l'IPAI. Force est ainsi de constater que l'instruction menée par la CNA est insuffisante au regard de son devoir en la matière (art.

43 al. 1 LPGA). Dans ces conditions, l'intimée ne pouvait statuer sur le droit aux prestations de l'assuré en se ralliant simplement aux conclusions de sa médecin-conseil. S'agissant ici de la nécessité d'élucider des questions non réglées par l'administration (ATF 137 V 210 cons. 4.4.1.4), il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à la CNA, à laquelle il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'article 43 al. 1 LPGA. Cette solution apparaît comme opportune. Il lui incombera, à tous le moins, de requérir le dossier auprès de l'OAI et de mettre en œuvre de la manière qui lui semblera la plus adéquate les mesures d'instruction qui lui paraîtront nécessaires pour déterminer à satisfaction de droit l'éventuelle capacité résiduelle de travail de l'intéressé, ainsi que l'IPAI, puis de se prononcer à nouveau sur le droit aux prestations.

7.a) Bien-fondé, le recours doit être admis, la décision sur opposition attaquée annulée et le dossier renvoyé à la CNA pour instruction complémentaire au sens de ce qui précède et nouvelle décision.

b) Il est statué sans frais, la LAA n'en prévoyant pas (art. 61 let. fbis LPGA). Le recourant a en outre droit à une allocation de dépens (art. 61 let. g a contrario LPGA). Ceux-ci doivent être fixés sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA). Ni son ancienne mandataire, Me O. \_\_\_\_\_, ni le nouveau, Me P. \_\_\_\_\_, n'ayant à ce jour déposé un état des honoraires et des frais, les dépens seront fixés sur la base du dossier (art. 64 al. 1 et 2 LTFrais, par renvoi de l'art. 67 LTFrais). Tout bien considéré, l'activité déployée devant la Cour de céans par la première citée peut être évaluée à quelque 8 heures, incluant à tout le moins un entretien avec le client, les recherches juridiques et la rédaction du recours. Quant au second avocat intervenu dans ce dossier, son activité en lien avec son courrier du 28 juin 2025, par lequel il a produit le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 19 mars 2025 du CEMEDEX, elle peut être arrêtée à 1 heure. Eu égard au tarif appliqué par la Cour de droit public de l'ordre de 300 francs de l'heure (CHF 2'700), des débours à raison de 10 % des honoraires (art. 52 LTFrais, CHF 270) et de la TVA au taux de 8,1 % (CHF 240.60), l'indemnité globale de dépens doit être fixée à 3'210.60 francs.

Par ces motifs, la Cour de droit public

1. Admet le recours.

2. Annule la décision sur opposition litigieuse et renvoie la cause à l'intimée pour nouvelle décision au sens des considérants.

3. Statue sans frais.

4. Alloue au recourant une indemnité globale de dépens de 3'210.60 francs, honoraires, débours et TVA compris, à la charge de l'intimée.

Neuchâtel, le 23 février 2026

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.