

200.2018.955.LAA

N° sinistre:

BOA/REN

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du 10 juin 2020

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente

M. Moeckli et C. Tissot, juges

A.-F. Boillat, greffière

A. _____
représenté par Me B. _____ et Me C. _____, avocats
recourant

contre

Suva

Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents

Fluhmattstrasse 1, case postale 4358, 6004 Lucerne

intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 16 novembre 2018



En fait:

A.

Le 29 septembre 2007, l'entreprise D. _____ Sàrl a annoncé à son assureur-accidents, la Suva, Caisse nationale en cas d'accidents, une maladie professionnelle chez son salarié et associé-gérant, A. _____, né en 1965. La description suivante figurait sur le formulaire de déclaration de sinistre LAA: "Inflammation bursite du genou gauche suite à la pose de carrelage". Le rapport médical LAA établi en novembre 2007 ayant fait état d'une bursite chronique infrapatellaire survenue suite à des chocs répétés sur le genou gauche (en raison de la profession de carreleur de l'assuré), la Suva a pris le cas en charge, depuis le 1^{er} octobre 2007, au titre d'une maladie professionnelle. Sur le plan médical, l'assuré a été opéré (bursectomie) une première fois le 23 novembre 2007. Une infection post-opératoire étant survenue, une nouvelle opération (nouvelle bursectomie et extraction de matériel d'ostéosynthèse d'un ancien accident [1991] qui avait aussi été pris en charge par la Suva) a eu lieu en milieu hospitalier en juin 2008, laquelle a nécessité un traitement antibiotique de longue durée. Le 21 juillet 2008, l'assuré a amorcé une reprise de son activité professionnelle (d'abord sur le plan administratif). Dans son rapport d'avril 2010, la médecin traitante de l'assuré a retenu que depuis février 2010, le traitement médical en lien avec les bursectomies au genou gauche était terminé et que son patient disposait, depuis lors, d'une pleine capacité de travail.

Suite au dépôt en octobre 2008 d'une demande de prestations AI, l'Office AI Berne a octroyé à l'assuré, de manière rétroactive, une rente AI limitée dans le temps depuis le 1^{er} septembre 2008 et jusqu'au 31 mai 2010 (alternant entre quart et demi-rente AI). La Suva ayant pris le cas en charge au titre d'une maladie professionnelle, depuis le 1^{er} octobre 2007 (frais de traitement et indemnités journalières), cette dernière a informé l'assuré, par décision du 3 novembre 2010, des modalités de compensation dues à l'existence d'une surindemnisation (au vu de l'octroi d'une rente AI rétroactive limitée dans le temps en faveur de l'assuré), sans néanmoins formellement clôturer, dans cette décision, le cas d'assurance.

B.

Le 7 mai 2014, une rechute de la maladie professionnelle de l'assuré a été annoncée à la Suva (bursite pré et infrapatellaire avec (ré)apparition d'un nodule élastique douloureux). Suivant l'avis de son médecin d'arrondissement interpellé en juin 2014 sur la question d'un lien de causalité pour le moins possible (qu'il a admise) entre les troubles au genou gauche et la maladie professionnelle reconnue en 2007, la Suva a pris le cas en charge (frais de traitement puis indemnités journalières). Après avoir pris des renseignements auprès des médecins traitants de l'assuré (notamment chirurgien-orthopédiste, généraliste) puis consulté le médecin d'arrondissement et un spécialiste de sa division médicale (prises de position de décembre 2014 et septembre 2015), la Suva a informé l'assuré, par courrier du 8 juillet 2016, qu'elle mettait fin à la prise en charge de pratiquement tous les frais médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 1^{er} août 2016, tout en l'informant qu'elle examinait le bienfondé d'autres prestations d'assurance (dont une rente d'invalidité).

Par décision du 20 avril 2017, la Suva a informé l'assuré qu'elle refusait de lui octroyer une rente d'invalidité (sur la base d'une perte de gain de 5,52%) et une indemnité pour atteinte à l'intégrité, décision que la Suva a annulée le 11 mai 2017 suite à l'opposition formulée par l'assuré. Par la suite, la Suva a recueilli des informations auprès de la généraliste traitante de l'assuré, laquelle lui a notamment transmis, en annexe à son avis médical du 1^{er} octobre 2017, le rapport de l'expertise du 6 septembre 2017 réalisée, à la demande de l'assureur perte de gain, sur le plan psychiatrique. Après avoir à nouveau consulté son médecin d'arrondissement (médecine interne) et le spécialiste de sa division médicale (médecine interne et du travail, rapport du 16 octobre 2017), la Suva a nié, par décision formelle du 15 novembre 2017, le droit de l'assuré à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

C.

L'opposition formée par l'assuré (et sa généraliste traitante) contre la décision précitée a été rejetée par décision (sur opposition) de la Suva le 16 novembre 2018.

D.

Par mémoire du 17 décembre 2018, complété le 9 janvier 2019, l'assuré, désormais représenté par deux avocats, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 16 novembre 2018 et au renvoi de la cause à l'intimée en vue de la mise en œuvre d'une expertise médicale externe à l'assurance.

Dans son mémoire de réponse du 11 février 2019, la Suva a conclu au rejet du recours. Le mandataire du recourant a produit sa note d'honoraires le 12 mars 2019.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 16 novembre 2018 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme la décision du 15 novembre 2017 niant le droit de l'assuré à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision sur opposition et au renvoi de la cause à l'intimée en vue de la mise en œuvre d'une expertise médicale externe à l'assurance. Sont principalement critiquées par le recourant la force probante du rapport médical du médecin d'arrondissement du 14 septembre 2015 (dépassé et en contradiction avec les conclusions de la généraliste traitante) et l'exclusion par la Suva de tout lien de causalité

entre les troubles psychiques endurés et la maladie professionnelle admise par l'intimée (bursites chroniques au genou gauche). De surcroît, le recourant s'en prend aussi à la méthode de comparaison des revenus appliquée par la Suva pour déterminer le degré d'invalidité.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 Le 1^{er} janvier 2017 sont entrées en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA, RS 832.20) et la modification du 9 novembre 2016 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA, RS 832.202). Pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date, les prestations d'assurance sont allouées selon l'ancien droit (al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification de la LAA du 25 septembre 2015). Dans la mesure où l'événement litigieux est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015).

2.2 En principe, les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 LAA).

Aux termes de l'art. 9 al. 1 LAA, sont réputées maladies professionnelles, les maladies (art. 3 LPG) dues exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux. Le Conseil fédéral établit la liste de ces substances ainsi que celle de ces travaux et des affections qu'ils provoquent. Sur la base de cette délégation législative, le Conseil fédéral a édicté l'art. 14 OLAA, qui dispose que les substances nocives et les maladies dues à certains travaux au sens de l'art. 9 al. 1 de la loi sont énumérées à l'annexe 1 de l'OLAA. Cette liste est exhaustive (RAMA 1988 p. 447). Elle énonce notamment, comme affections entrant en considération au titre de maladie professionnelle, les bursites chroniques survenues en raison d'une pression constante, pouvant survenir quelle que soit l'activité professionnelle exercée (ch. 2 let. a al. 2 de l'annexe 1 OLAA).

2.3 L'assurance-accidents obligatoire n'alloue des prestations que s'il existe un lien de causalité à la fois naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 177 c. 3.1 et 3.2; SVR 2018 UV n° 3 c. 3.1, 2012 UV n° 2 c. 3.1).

2.3.1 Tout événement est une cause au sens de la causalité naturelle, lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière ou au même moment. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 142 V 435 c. 1, 129 V 177 c. 3.1; TF 8C_781/2017 du 21 septembre 2018 c. 5.1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration – ou le tribunal en cas de recours – examine en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation de l'état de fait et

des preuves en droit des assurances sociales. La simple possibilité d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage ne suffit pas à justifier le droit à des prestations (ATF 142 V 435 c. 1, 129 V 177 c. 3.1; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.1).

2.3.2 Selon la jurisprudence, un fait est la cause adéquate d'un résultat si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, ce fait était propre à entraîner un résultat du genre de celui qui s'est produit, la survenance de celui-ci paraissant ainsi de façon générale favorisée (ATF 129 V 177 c. 3.2, 125 V 456 c. 5a; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.2). L'exigence d'un rapport de causalité adéquate entre l'accident assuré et l'atteinte à la santé qui s'en est suivie, en tant que condition du droit aux prestations de l'assurance-accidents, vise à limiter la responsabilité de cette dernière (ATF 129 V 177 c. 3.3, 125 V 456 c. 5c; SVR 2017 UV n° 8 c. 3.3).

2.4 Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente d'invalidité 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. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

2.5 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (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 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 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1).

2.6 Aux termes de l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'art. 25 al. 1 LAA dispose que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité.

3.

Sur le plan médical, les informations suivantes ressortent du dossier:

3.1

3.1.1 Le généraliste traitant ayant suivi l'assuré suite à l'annonce du cas à la Suva, le 29 septembre 2007, a fait état d'une bursite chronique infrapatellaire gauche (tuméfaction chaude et douloureuse au niveau de la rotule gauche et présence de liquide inflammatoire autour de la rotule) mise en lien avec les petits chocs répétés sur le genou gauche inhérents à l'exercice de la profession de carreur. La bursectomie au genou gauche préconisée a été pratiquée le 23 novembre 2007 en milieu hospitalier. L'évolution postopératoire a été qualifiée de bonne mais lente.

3.1.2 En raison de douleurs récidivantes, une IRM au genou gauche a été effectuée le 27 mars 2008, laquelle a mis en évidence une déchirure du ménisque interne et la présence de matériel d'ostéosynthèse dans la région tibiale datant de plus de 15 ans. Sur la base de nouveaux clichés réalisés, l'assuré a été opéré le 13 juin 2008 (nouvelle bursectomie, extraction du matériel d'ostéosynthèse [clou tibial] posé en 1991 suite à un ancien accident). L'opération ayant révélé une infection par staphylocoques, les médecins ont renoncé à une révision méniscale (également prévue à l'occasion de l'intervention mais dont la prise en charge avait fait l'objet de réserve de la part de la Suva) afin d'éviter l'extension de l'infection. En juillet/septembre 2008, l'évolution post-opératoire a été qualifiée de bonne, l'assuré ayant repris, et, à ses dires, à raison de 50%, son activité de

carreleur. Aucune incapacité de travail n'a été expressément chiffrée médicalement dans le rapport du 24 septembre 2008.

3.1.3 La nouvelle généraliste traitante de l'assurée, en janvier 2009, a fait état d'une santé psychique et physique en lente amélioration (persistance d'une tuméfaction prérotulienne douloureuse après quatre heures de travail en présence d'une lésion méniscale peu gênante), amélioration qui n'a pu être confirmée en mai 2009 (il est question d'une évolution décevante, l'assuré étant dans l'impossibilité de rester plus d'une heure par jour à genoux sans qu'il n'y ait une réaction inflammatoire importante).

3.1.4 Le rapport médical du médecin d'arrondissement de la Suva, le 27 mai 2009, a mis en évidence une bursite prérotulienne opérée en juin 2007 au genou gauche avec infection survenue en phase postopératoire (en sus de la découverte de la présence de matériel d'ostéosynthèse dans la région tibiale [clou]) ayant mené à une nouvelle bursectomie et extraction du matériel d'ostéosynthèse, le 13 juin 2008. Considérant que le statut clinique était en ordre (genoux calmes, sans épanchement, bonne mobilité, symétrique et indolore, pas de troubles sensitifs autour des cicatrices, pas de signes inflammatoires ou infectieux), le médecin d'arrondissement a préconisé une augmentation de la capacité de travail de manière progressive dans la profession exercée (carreleur).

3.1.5 L'avis médical de la généraliste traitante du 8 octobre 2010 a mis en exergue une diminution de la réaction inflammatoire en lien avec la position à genoux, celle-ci étant exigible à raison de 3,5 heures par jour avec une reprise du travail à 60% dès septembre 2009 (auparavant 50%). Le 11 janvier 2010, cette praticienne a réitéré ses précédentes conclusions, tout en mentionnant une capacité de travail de 80% depuis décembre 2009. Le 9 avril 2010, la généraliste a estimé que le traitement de l'assuré était terminé et que ce dernier disposait d'une pleine capacité de travail depuis le 12 février 2010. C'est sur cette base que l'intimée a considéré, au vu des courriers qu'elle a adressés en avril 2010 à l'Office AI et à son médecin d'arrondissement, après avoir encore pu exclure un droit à une éventuelle indemnité pour atteinte à l'intégrité (dos Suva 112-113), que le traitement médical de l'assuré était terminé, qu'aucune autre prestation n'était due et qu'elle pouvait donc clore son dossier. Si la Suva a adressé

une décision à l'assuré concernant les modalités de compensation au vu d'une surindemnisation du recourant (cf. let. A), elle n'a néanmoins pas formellement clôturé le cas d'assurance.

3.2 Le 7 mai 2014, une rechute de la maladie professionnelle a été annoncée à la Suva (inflammation bursite du genou gauche suite à la pose de carrelage).

3.2.1 Les examens cliniques pratiqués par le chirurgien-orthopédiste traitant les 2 septembre et 5 novembre 2014 (ce dernier examen se fondant également sur l'IRM du 8 septembre 2014) ont mis en évidence, comme diagnostic, des bursites récidivantes au niveau de la partie inférieure de la jambe gauche en lien avec la fixation (en 1991) puis l'ablation (en 2008) de matériel d'ostéosynthèse au niveau du tibia et en liaison également avec des bursectomies prépatellaires. Considérant qu'il y aurait lieu de pratiquer, usuellement et en pareille situation, une excision chirurgicale avec débridement, le chirurgien-orthopédiste a toutefois évoqué avec pessimisme les difficultés que générerait une telle intervention (cicatrisation postopératoire) au vu de la profession exercée par l'assuré.

3.2.2 Pour annoncer le 8 juillet 2016 qu'elle allait mettre un terme à la prise en charge des frais médicaux et au versement des indemnités journalières avec effet dès le 1^{er} août 2016, la Suva s'est fondée sur le rapport du médecin d'arrondissement du 16 septembre 2015, comprenant des constats d'un examen effectué le 14 septembre 2015, et retenant le diagnostic d'inflammation pré-tibiale chronique en lien avec l'activité de carreleur suite à deux bursectomies pratiquées en novembre 2007 et juin 2008. Etait mentionné également un status après extraction de matériel d'ostéosynthèse (clou tibial) en juin 2008. Sur le plan médico-asséculo-logique, le médecin d'arrondissement a estimé que la situation était stabilisée en présence d'un patient endurent une limitation claire à toute activité nécessitant un appui prolongé sur le genou gauche. Sur le plan de l'exigibilité, le médecin d'arrondissement a retenu que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité n'imposant pas d'appui sur le genou gauche. Quant aux atteintes à l'intégrité objectivées, elles n'atteignent pas, selon lui, un taux indemnisable au sens des tables applicables en la matière.

3.2.3 L'expertise mise en œuvre sur le plan psychiatrique par l'assurance perte de gain du recourant (rapport du 6 septembre 2017) transmise par la généraliste traitante à l'appui de son avis médical du 1^{er} octobre 2017 (c. 3.2.4) a retenu le diagnostic d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, générant à lui seul, selon l'expert, une incapacité de travail de 50% sur le plan psychiatrique.

3.2.4 Dans son avis médical détaillé du 1^{er} octobre 2017, la généraliste traitante du recourant a mis en exergue le diagnostic d'une bursite chronique pré et sous-patellaire du genou gauche, la suspicion d'un trouble affectif bipolaire et des lombalgies chroniques (status post hernie discale en 1985). Considérant que les limitations physiques et psychiques interagissaient entre elles (avec une prédominance de l'une ou l'autre en alternance), cette praticienne a estimé que la capacité de travail de son patient était de 50%.

3.2.5 Avant de rendre la décision du 15 novembre 2017 niant le droit de l'assuré à une rente d'invalidité et une indemnité pour atteinte à l'intégrité, la Suva, sur conseil du médecin d'arrondissement a encore sollicité l'avis d'un de ses spécialistes en médecine du travail et médecine interne générale. Dans son rapport du 16 octobre 2017, ce dernier s'est rallié aux conclusions somatiques de son confrère (cf. 3.2.2) à son sens toujours actuelles (à défaut de documents médicaux versés au dossier attestant une péjoration de l'état de santé physique de l'assuré). Sur le plan psychique, ce médecin a nié tout lien de causalité adéquate et naturelle entre l'atteinte au genou gauche (dès lors vraisemblablement stabilisée) et les troubles psychiques endurés par l'assuré.

3.2.6 Le rapport d'expertise psychiatrique joint au recours, rédigé le 5 octobre 2017 par un expert psychiatre dans le contexte d'une nouvelle demande AI déposée par l'assuré le 26 avril 2017, a mis en exergue un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique existant depuis 2009, pathologie engendrant, selon l'expert, une incapacité à travailler, sur le plan psychiatrique, à hauteur de 50% depuis le 15 janvier 2014.

4.

4.1 En l'espèce, il est admis que l'assuré a été exposé, par l'exercice de sa profession de carreleur, à des pressions constantes sur les genoux (en l'occurrence le genou gauche). C'est d'ailleurs à ce titre, sur la base de bursites chroniques récidivantes (maladie professionnelle au sens de l'art. 9 al. 1 LAA, 14 OLAA et de l'annexe 1 OLAA), pathologie unanimement attestée par le corps médical, que la Suva a admis son obligation de prester (frais de traitement, indemnités journalières) et pris le cas en charge une première fois de novembre 2007 jusqu'en février 2010 (traitement considéré comme terminé par la généraliste traitante, après la reprise de l'activité professionnelle à plein temps, cf. c. 3.1.5), puis de mai 2014 (une rechute ayant été annoncée le 7 mai 2014) jusqu'au 31 juillet 2016.

4.2 Est litigieux entre les parties, le refus par la Suva de reconnaître sa responsabilité au-delà du 31 juillet 2016.

4.2.1 A l'appui de sa décision litigieuse, la Suva a calculé une perte de gain inférieure à 10% (5,52%), insuffisante à l'octroi d'une rente d'invalidité. Pour arriver à cette conclusion, la Suva a tout d'abord exclu tout lien de causalité adéquate entre la maladie professionnelle du recourant et la survenance de la pathologie psychique de ce dernier. Elle s'est dès lors essentiellement fondée sur l'appréciation somatique, focalisée sur la seule problématique stabilisée du genou gauche, retenue par son médecin d'arrondissement en septembre 2015 (confirmée par la synthèse du 16 octobre 2017 d'un spécialiste de sa division de médecine du travail) aboutissant à une pleine capacité de travail dans un emploi adapté (n'imposant pas d'appui sur le genou gauche).

4.2.2 Le recourant, quant à lui, a mis en doute la valeur probante de rapports médicaux émanant de médecins internes à l'assurance (d'autant plus lorsque comme en l'espèce ledit rapport manque d'actualité), d'où la nécessité, pour ce motif-là déjà, d'ordonner à la Suva de mettre sur pied une expertise médicale externe à l'assurance. L'assuré s'est également insurgé contre le fait que la Suva a exclu tout lien de causalité (à son sens pourtant avéré) entre les bursites récidivantes qu'il endure depuis des

années, qui remettent en cause l'existence même de son entreprise de carrelage, et ses troubles psychiques (apparus depuis 2008), dont la nature invalidante n'a, à tort, pas été prise en considération pour le calcul de la perte de gain qu'il subit, du reste, calculée à partir de données erronées.

5.

5.1 Les deux experts psychiatres sollicités en septembre et octobre 2017 (cf. c. 3.2.3 et c. 3.2.6) en lien avec des procédures connexes ont retenu une altération de la capacité de travail à hauteur de 50%, sur la base de seules restrictions psychiques. La Suva a sciemment exclu ces limitations dans l'examen du bien-fondé [ou non] d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité faute de lien de causalité adéquate avec la maladie professionnelle de l'assuré. Il convient dès lors d'examiner, dans un premier temps, si l'on doit admettre un tel lien de causalité entre la maladie professionnelle (bursites chroniques) survenue en 2007 (avec une rechute en 2014), reconnue comme telle par la Suva, et la pathologie psychique que l'assuré endure (trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen selon l'expert mandaté dans la procédure AI, suspicion de trouble bipolaire selon la médecin traitante).

5.2 La question de savoir comment il y a lieu d'appréhender l'émergence d'une atteinte psychique en relation avec une maladie professionnelle (de nature somatique) doit être résolue selon le critère de la causalité adéquate. Selon le Tribunal fédéral (TF, voir notamment ATF 125 V 456 c. 5 ou TF 8C_154/2010 c. 3.3 du 16 août 2010), la jurisprudence relative à la causalité adéquate en cas d'atteinte psychique consécutive à des accidents (ATF 115 V 133, accident présentant objectivement une certaine gravité ou entrant sérieusement en ligne de compte dans la survenance des troubles psychiques) n'est pas applicable par analogie à l'examen de la survenance de troubles psychiques en lien (éventuel) avec des maladies professionnelles. Dans cette dernière éventualité s'applique la définition générale de la causalité adéquate (cf. c. 2.3.2), à savoir qu'il faut examiner si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, appréciés en fonction de la diversité des assurés pour lesquels

l'assurance-accidents doit offrir sa protection, la maladie professionnelle, dans sa spécificité, était propre à entraîner des troubles psychiques du genre de ceux qui sont apparus (ATF 125 V 456 c. 5e). A l'examen de la jurisprudence du TF (exemples peu nombreux), il apparaît que notre Haute Cour a ainsi refusé de reconnaître sous l'angle de l'assurance-accidents et comme conséquence d'une maladie professionnelle (initiale), une dépression apparue chez une assurée victime de harcèlement à son nouveau poste de travail alors que ce changement d'emploi avait été imposé en raison d'une maladie professionnelle (asthme, allergies; TF 8C_154/2010 du 16 août 2010 c. 4), diverses phobies et un choc posttraumatique développés par un assuré en raison de deux chocs anaphylactiques graves survenus suite à une maladie professionnelle (multiples allergies, ATF 125 V 456 c. 5) ou encore divers troubles psychiques prétendument apparus suite à de l'arthrose dans le coude droit (TF 8C_620/2018 c. 4.3 du 15 janvier 2019).

5.3 En l'occurrence, à la lumière de la jurisprudence du TF, en particulier du dernier jugement précité du 15 janvier 2019, il y a lieu de nier tout lien de causalité adéquate entre des bursites récidivantes à un genou (maladie professionnelle) et le trouble dépressif récurrent de degré moyen qui affecte l'assuré (selon les rapports des experts psychiatres versés au dossier), une telle affection au genou n'étant pas, selon le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie propre à entraîner un trouble psychique de cette intensité. En effet, sans minimiser les maux persistants endurés par le recourant, d'un point de vue somatique, le TA considère que les (deux) opérations subies par l'assuré en novembre 2007 et juin 2008 (bursectomies et extraction de matériel d'ostéosynthèse) n'ont pas été d'une gravité telle (cela même si un traitement antibiotique au long cours fut nécessaire pour endiguer l'infection aux staphylocoques découverte en 2008) qu'elles aient engagé le pronostic vital du recourant et lui aient imposé des traitements lourds en rééducation. S'agissant des douleurs éprouvées, l'assuré a déclaré au médecin d'arrondissement qu'il ne subissait pas de limitations dans ses activités quotidiennes (dos. Suva 196). S'il est vrai que le processus de guérison n'a pas été aussi rapide et satisfaisant que celui vécu pour la même pathologie (et l'opération subséquente ayant suivi) diagnostiquée au genou droit (pleine capacité de

travail recouvrée après quatre mois de traitement, dos. Suva 22), il apparaît néanmoins que, d'un point de vue professionnel, l'assuré, décrit comme aimant sa profession, a toujours été en mesure de trouver des solutions (engagements d'intérimaires, accent mis sur la gestion administrative) afin d'assurer la pérennité de son entreprise (cf. également rapport d'enquête de l'Office AI dos. Suva 220/8). Il est avéré également, et ainsi que la Suva l'a relevé, que la fragilité psychique du recourant, attestée par les deux experts psychiatres consultés, est multifactorielle. Même si elle a été exacerbée par la problématique du genou gauche, elle trouve son origine dans les antécédents psychiatriques familiaux (toxicomanies, troubles bipolaires, suicides) et dans la biographie de l'assuré, ce que les dires de ce dernier confirment par ailleurs lorsqu'il fait part d'une souffrance psychique omniprésente depuis l'enfance (parents séparés, placement en institution, mauvais traitements d'un des maris de sa mère, frère décédé prématurément d'une intoxication aux stupéfiants, quasi absence de contact avec l'autre frère; cf. expertise jointe au complément de recours). Comme l'a relevé l'expert psychiatre en octobre 2017, les conditions et événements défavorables de l'enfance ont été à l'origine d'un sentiment général d'insécurité. Que le recourant se décrive comme très angoissé à l'idée d'une reconversion professionnelle, vraisemblablement avec un nouveau statut d'employé après tant d'années à travailler comme indépendant (dos. Suva 280) et qu'il ait vécu le décès de sa mère en 2013 comme une véritable césure dans son parcours de vie, accentuant encore, à ses dires, sa fragilité psychique, avec pour conséquence une altération significative de sa capacité de travail (essentiellement en vertu d'une symptomatique psychique, dos. Suva 280) ne saurait être remis en doute. A supposer qu'existe un lien de causalité naturelle, partielle et indirecte, selon le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, même en considération d'une personnalité fragile, il faut exclure que la maladie professionnelle de l'assuré au sens de l'art. 9 al. 1 LAA (bursites chroniques, soit des inflammations récurrentes et chroniques au genou entretenues par les contraintes du métier de carreleur) et la thérapie de longue haleine qui s'en est suivie, y compris les incertitudes liées à l'avenir de l'entreprise, puissent être à l'origine d'une pathologie psychique (trouble dépressif de degré moyen) de l'intensité de celle éprouvée par le recourant. C'est donc à raison que la Suva a nié tout lien de causalité adéquate et a

écarté la pathologie psychique de son appréciation des suites de la maladie professionnelle.

5.4 A toutes fins utiles, le TA précise également qu'il ne peut être retenu en l'espèce que la pathologie psychique du recourant est exclusivement ou de manière nettement prépondérante directement imputable à son activité professionnelle (carreleur) au sens de l'art. 9 al. 2 LAA (cf. à ce sujet la jurisprudence restrictive du TF en matière de maladie professionnelle d'ordre psychique, niée dans l'arrêt TF 8C_507/2015 du 6 janvier 2016 c. 4.3), ce que le recourant, à raison, n'invoque d'ailleurs pas.

5.5 Il s'ensuit que la (l'in-)capacité de gain de l'assuré ne doit être examinée qu'en vertu de la situation du genou gauche prévalant sous l'angle somatique (cf. c. 6 ci-après).

6.

6.1 Se pose dès lors la question de la force probante du rapport du médecin d'arrondissement du 14 septembre 2015 (dont les conclusions ont été corroborées par celles subséquentes de son confrère en octobre 2017) sur lequel l'intimée s'est principalement fondée pour nier le droit de l'assuré à une rente d'invalidité.

6.2

6.2.1 La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

6.2.2 Les rapports et expertises émanant de médecins internes aux assureurs ont valeur probante, pour autant qu'ils apparaissent concluants, soient motivés de façon compréhensible, soient dépourvus de contradictions et qu'il n'existe pas d'indices contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin interrogé soit dans un rapport de subordination avec l'assureur ne permet pas déjà de conclure à un manque d'objectivité ou à une (apparence de) prévention. Il en va de même lorsqu'un médecin est appelé de façon répétée à effectuer des expertises pour le compte d'une assurance (SVR 2008 IV n° 22 c. 2.4). Il faut bien plus des circonstances propres qui laissent apparaître un doute objectif quant à l'impartialité. Eu égard à l'importance considérable qu'un tel rapport médical a en matière de droit des assurances sociales, il convient de poser des exigences sévères s'agissant de l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 c. 3b/ee).

6.3

6.3.1 En l'espèce, le rapport du 16 septembre 2015 du médecin d'arrondissement de l'intimée (dont les compétences médicales sont certifiées) a été établi sur la base d'un résumé chronologique (et d'une traduction en français) minutieuse des nombreux rapports médicaux (et d'imagerie) ayant jalonné le processus maladif (en deux phases) du genou gauche de l'assuré. Le médecin d'arrondissement a pris en considération tous les aspects essentiels de l'inflammation pré-tibiale chronique liée à l'activité de carreleur, qui a nécessité deux bursectomies (novembre 2007 et juin 2008, cette deuxième intervention ayant été nécessaire en raison d'une surinfection), et du status après ablation de matériel d'ostéosynthèse (suite à une fracture tibiale gauche survenue en 1991). Ce qu'il a mis en évidence concernant ce genou correspond en tous points aux diagnostics arrêtés par les chirurgien-orthopédiste, chirurgien-plasticien et généraliste traitante (cf. notamment dos. Suva 147, 165 et 249). En sa qualité de généraliste, il a fait la synthèse avec pertinence d'un dossier médical abouti et ne portant pas à controverse (TF 9C_310/2017 du 27 décembre 2017). Le généraliste de la Suva a de surcroît pratiqué un examen clinique de l'assuré, à la suite duquel il a retranscrit ses constatations objectives puis livré une appréciation médicale qu'il n'y a pas lieu de mettre en doute (dos. Suva 196 et 197). Dans ces conditions, le lien existant entre le médecin

d'arrondissement et l'intimée, ce, contrairement à l'avis du recourant, ne permet pas de douter de l'objectivité de l'appréciation du médecin interne à l'assurance, ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré, justifiant de mettre en œuvre pour ce seul motif une expertise externe à l'assurance. En effet, ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que des doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation d'un médecin interne à l'assurance peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 c. 3b/ee). Sur ce point, les griefs du recourant, pas plus que le dossier, ne laissent apparaître d'éléments concrets susceptibles de démontrer la partialité du médecin d'arrondissement de la Suva. Quant au prétendu manque d'actualité de la synthèse du médecin d'arrondissement, il appert que ce dernier avait fait compléter le dossier afin de se procurer le rapport d'IRM du 8 septembre 2014 montrant l'absence d'infection osseuse ou encore d'épanchement et les derniers rapports abandonnant l'hypothèse formulée en janvier 2015 d'une nouvelle intervention. Au moment de l'examen clinique, le recourant a déclaré qu'il ne suivait, actuellement, aucun traitement. De plus, rien au dossier n'indique que, depuis lors, l'état du genou gauche du recourant se soit péjoré, ce qu'a confirmé le spécialiste en médecine du travail de la Suva dans son avis du 16 octobre 2017. Seules les prises de position de la généraliste traitante ont été versées au dossier postérieurement au rapport du 14 septembre 2015 et elles mettent au premier plan la pathologie psychiatrique.

6.3.2 Quant au profil d'exigibilité retenu, après avoir constaté que l'état de santé de l'assuré concernant la problématique du genou gauche était stabilisé, le médecin d'arrondissement a estimé que le recourant conservait une pleine capacité de travail dans une activité réalisée sans appui sur le genou gauche (une limitation claire à toute activité nécessitant un appui sur ce genou étant admise, dos. Suva 197). Ce profil d'exigibilité sur le plan somatique n'est nullement contesté par la généraliste traitante. Il correspond même en tous points au descriptif opéré par cette praticienne, à savoir que l'assuré, d'un point de vue physique, ne peut pas rester à genoux trop longtemps (dos. Suva 248). Les prises de position postérieures de cette dernière s'insurgent uniquement contre l'absence d'évaluation globale (dos, genou et limitations psychiques dans un

contexte, étranger à l'invalidité, de maintien de l'entreprise) de la part de la Suva. Il résulte de ce qui précède qu'il n'y a pas lieu de s'écarter du profil d'exigibilité arrêté par le médecin d'arrondissement (pleine capacité de travail dans une activité ne requérant pas d'appui sur le genou gauche), dont le caractère probant doit, partant, être admis. Il est en effet le résultat du constat d'un état stabilisé du genou gauche (qui n'est plus susceptible d'amélioration sensible), établi en pleine connaissance des avis médicaux (antérieurs) versés au dossier.

6.4 De l'ensemble de ce qui précède, le TA retient que c'est à bon droit que l'intimée a considéré (au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante), en se basant sur le rapport probant de son médecin d'arrondissement que, concernant les suites de la maladie professionnelle assurée, le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans un emploi adapté (à savoir ne sollicitant pas d'appui sur le genou gauche). La Suva a donc à juste titre mis un terme à ses prestations provisoires (soins et indemnités journalières) au 31 juillet 2016, en considérant que la situation était alors stabilisée au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (cf. c. 2.4). Le recourant lui-même ne remet au demeurant pas directement en question cette stabilisation, si ce n'est sous l'angle des atteintes psychiques dont il estime (à tort) qu'elles doivent être comprises dans une nouvelle évaluation médicale pluridisciplinaire. Toute mesure d'instruction médicale complémentaire d'évaluation globale des interactions somatiques et psychiques (préconisée par la médecin traitante, qui, de surcroît inclut des aspects psycho-sociaux) s'avère cependant superflue.

7.

7.1 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 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment (hypothétique) de la naissance du droit à la rente. Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par

rapport à une même période et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenus jusqu'à la date de la décision être prises en compte (ATF 129 V 222, 128 V 174). Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (anc. art. 18 al. 1 LAA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016; l'art. 18 al. 1 LAA actuellement en vigueur a la même teneur mais exclut les accidents survenus après l'âge ordinaire de la retraite).

7.2 En l'espèce, il convient d'effectuer le calcul sur la base de données valables en 2016 puisque la stabilisation de la maladie professionnelle de l'assuré a été admise au 31 juillet 2016 et qu'un droit à une rente pourrait prendre naissance dès le terme du versement des indemnités journalières.

7.3 D'emblée, il y a lieu de rappeler que la Suva n'est pas liée par l'évaluation du taux d'invalidité effectuée dans la procédure AI, dont il résulte un taux de 11% ayant fondé le préavis de refus de rente AI du 11 novembre 2016 (dos. Suva 220, ATF 133 V 549 c. 6), qui a par ailleurs été contesté (cf. expertise jointe au complément de recours p. 3). Il convient de relever également que, même si le profil d'exigibilité retenu dans les deux procédures était, à tout le moins au stade du préavis AI, sensiblement le même, les montants des revenus de la comparaison, en particulier celui avec invalidité pris en considération par chacune des assurances peuvent diverger. Ainsi, le calcul de l'Office AI se fondait sur l'année 2015 alors qu'il convient de se rapporter en assurance-accidents, aux données de 2016. Il apparaît, de plus, au vu des pièces versées au dossier, que l'Office AI s'est fondé sur les tables statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée périodiquement par l'Office fédéral de la statistique (OFS) (TA1, hommes, 2014, indexée à 2015), en admettant un abattement de 10% pour déterminer le revenu d'invalide, et non sur les descriptions de postes de travail de la Suva (DPT). En outre, les rentes AI sont octroyées par niveaux (quart, demi, trois-quarts et rente entière) alors que les rentes de l'assurance-accidents correspondent à l'unité du pourcentage de la perte de gain. Dès lors, si dans son calcul, l'Office AI aboutit à un degré d'invalidité largement en dessous d'un seuil de niveau de rente, notamment au-dessous des 40%

ouvrant un droit à l'octroi du quart de rente, les données de calcul laissant un certain pouvoir d'appréciation sont choisies sans grande précision, essentiellement dans le but de démontrer que, même dans une perspective favorable à l'assuré (par exemple en admettant un abattement), l'invalidité n'atteint pas le niveau nécessaire.

7.4 L'intimée, dans sa décision contestée, a retenu, au titre de revenu sans invalidité, le montant de Fr. 67'112.-. C'est le revenu hypothétique défini par l'Office AI, après enquête professionnelle, qui découle de la moyenne (de Fr. 60'720.-) des revenus obtenus par le recourant (associé-gérant de la Sàrl) dans les années 2004 à 2006, antérieures à la survenance de la première incapacité de travail due à la maladie professionnelle, montant indexé à 2015. Les revenus de la moyenne correspondent aux salaires sur lesquels ont été prélevées des cotisations sociales (inscrit au compte individuel, CI) majorés ou diminués de la part du recourant au bénéfice ou à la perte de la Sàrl. Ce mode de calcul est tout à fait cohérent et n'a du reste suscité aucune remarque du recourant. La moyenne des revenus ayant précédé la rechute en mai 2014 aurait été moins favorable au recourant. Il est normal que le revenu hypothétique sans invalidité du calcul du taux d'invalidité (base annuelle) n'équivale pas à celui pris comme référence pour la détermination des indemnités journalières (qui dépend uniquement du dernier salaire mensuel avant l'événement assuré; art. 15 LAA). Il convient néanmoins en l'espèce d'indexer ladite moyenne de référence (Fr. 60'720.-) à l'année 2016 (et non à l'année 2015). Il en résulte un revenu de valide de Fr. 68'249.- (table T39 [1939=100], Evolution des salaires nominaux, hommes: année 2005 [année moyenne de la moyenne 2004-2006]: indice 1992, année 2016: indice 2239; Fr. 60'720.- x 2239 / 1992). A noter qu'une simple indexation du revenu sans invalidité de Fr. 67'112.- adopté par l'AI pour 2015 à 2016, raisonnement qui serait aussi défendable (T39: valeurs 2226 et 2239, soit un revenu de Fr. 67'504.-), serait plus défavorable au recourant.

7.5 Dans sa décision sur opposition, la Suva a fixé le revenu d'invalide en tenant compte des données salariales résultant de cinq DPT, correspondant à un montant annuel de Fr. 63'403.-. Le recourant conteste l'usage des DPT au lieu des valeurs statistiques ESS.

7.5.1 Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne intéressée (ATF 143 V 295 c. 2.2). En assurance-accidents, jusqu'au 31 décembre 2018, si, après la survenance de l'atteinte à la santé, la personne assurée n'avait plus exercé d'activité lucrative, ou plus dans une mesure exigible de sa part, la jurisprudence admettait que le revenu d'invalidé soit déterminé en se basant soit sur l'ESS, soit sur les descriptions de postes de travail (DPT) de la Suva (ATF 143 V 295 c. 2.2; SVR 2019 IV n° 28 c. 5.1.3). Le fait que la Suva n'entretient plus, à partir du 1^{er} janvier 2019, pour des raisons de coûts la banque de données DPT n'a aucune influence sur la situation ici en cause, qui remonte à 2016.

7.5.2 La détermination du revenu d'invalidé sur la base des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans le cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition. Si la Suva n'est pas en mesure de satisfaire à ces exigences de procédure, on ne peut pas se référer aux DPT en cas de litige (ATF 139 V 592 c. 6.3, 129 V 472 c. 4.2.2). En application du système fondé sur les DPT, qui consiste à déterminer les activités adaptées concrètes en fonction de l'évaluation d'exigibilité médicale annexée aux DPT, les abattements ne sont en principe pas justifiés. Il n'y a lieu de procéder à des abattements que si les limitations en matière de rendement ou de temps sont fondées sur le plan médical. Les restrictions spécifiques relatives à la capacité de travail sont du reste prises en compte dans le cadre du choix d'un profil de DPT adapté. Concernant les différentes caractéristiques personnelles et professionnelles (travail à temps partiel, âge, nombre d'années de service, statut de séjour), qui pourraient conduire à un abattement dans le cadre de l'application de l'ESS, les DPT mentionnent, en règle générale, non seulement un salaire moyen, mais également un minimum et un maximum, dans le cadre desquels les circonstances spécifiques du cas d'espèce peuvent être prises en compte (ATF 139 V 592 c. 7.3).

7.5.3 En l'espèce, le dossier de DPT est conforme aux exigences légales. S'il est vrai que le recourant s'est opposé au principe même de l'utilisation de DPT (cf. mémoire de recours du 17 décembre 2018 p. 2), il ne s'est pas déterminé sur les cinq DPT spécifiques auxquelles la Suva s'est référée, qui se rapportent à des emplois légers dans l'industrie, respectant les limitations du recourant au niveau des genoux (activités presque essentiellement en position assise, pas d'appui sur le genou gauche). Le TA relève à ce stade déjà, que les DPT sélectionnées sont même plutôt favorables à l'assuré puisqu'il apparaît que les postes ont été référencés en fonction d'un faible niveau de formation (école primaire ou une formation élémentaire), alors qu'il apparaît, dans les faits, que le recourant est titulaire d'un CFC de maçon. En outre, la Suva s'est référée au salaire moyen (Fr. 63'403.-), et non maximum, des cinq postes en question, le salaire moyen du champ statistique de 389 DPT s'élevant lui à Fr. 59'070.-.

7.6 Il ressort de ce qui précède que la comparaison entre les revenus sans invalidité de Fr. 68'249.- et avec invalidité de Fr. 63'403.- conduit à une perte de gain de Fr. 4'846.-, soit un degré d'invalidité de 7,1% (Fr. 4'846.- x 100 / Fr. 68'249.- = 7,1% [à arrondir à 7%; ATF 130 V 121 c. 3.2 et 3.3]). On peut relever que le revenu avec invalidité de Fr. 63'403.- dûment étayé par les DPT correspond à peu près (voire même est un peu plus favorable à l'assuré) au revenu mensuel brut (valeur centrale) qu'on déduit de la rubrique "total", hommes, niveau 4 (correspondant à des activités simples et répétitives ne requérant pas de connaissances professionnelles spécialisées) de la table TA1 de l'ESS 2016 et adapté à la durée normale du travail dans les entreprises de 41,7 heures en 2016 (la TA1 est fondée sur un horaire standardisé de 40 heures par semaine), à savoir Fr. 66'803.- (Fr. 5'340.- x 12 x 41,7 / 40; toutes ces statistiques sont consultables en ligne à partir du site internet de l'OFS; pour un exemple de calcul du revenu hypothétique sur des bases statistiques: ATF 143 V 295 c. 3.5, 134 V 322 c. 5.2). Un revenu avec invalidité de Fr. 66'803.- débouche sur une invalidité de 2,11 (à arrondir à 2% [ATF 130 V 121 c. 3.2 et 3.3]). En l'espèce, un abattement supplémentaire sur le revenu statistique définissant le salaire avec invalidité, pour compenser les limitations liées au handicap en fonction de la situation personnelle et

professionnelle (voir par exemple ATF 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2; SVR 2018 IV n° 46 c. 3.3), alors que le recourant, né en 1965, dispose d'un CFC ainsi que d'une expérience de chef d'entreprise et que le revenu avec invalidité est calculé sur la base du niveau 1 de l'ESS, ne se justifierait pas pour les limitations restreintes découlant de la maladie professionnelle prise en charge par l'intimée. Un tel abattement serait d'autant plus difficile à défendre qu'une réadaptation professionnelle a été envisagée dès début 2009 (dos. Suva 68/2) et expressément recommandée par le chirurgien traitant déjà le 5 novembre 2014. L'abattement de 10% consenti par l'Office AI dans son calcul menant au refus de rente AI dans son préavis du 11 novembre 2016 n'est absolument pas motivé. Qu'il ait été mentionné pour les raisons exposées au c. 7.3 ou en fonction d'autres circonstances (l'invalidité assurée par l'AI ne se limite pas aux seules suites de la maladie professionnelle affectant le genou gauche) n'a de toute façon pas d'influence sur la présente procédure qui débouche sur un degré d'invalidité inférieur à 10% sur la base d'une comparaison de revenus convaincante, documentée par des DPT respectant les conditions posées à leur usage jusqu'à fin 2018.

8.

8.1 L'indemnité pour atteinte à l'intégrité (cf. c. 2.6) est calculée en fonction de la gravité de l'atteinte. Celle-ci est évaluée d'après le diagnostic médical. En cas de diagnostic identique, l'atteinte à l'intégrité est la même pour tous les assurés; elle est évaluée de manière abstraite et égalitaire (ATF 124 V 29 c. 3c). Contrairement à la fixation de la réparation morale en droit civil, pour l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il y a lieu d'assimiler les séquelles accidentelles semblables et d'établir des règles générales de calcul fondées sur des bases médicales; à cet égard, les handicaps individuels particuliers résultant de l'atteinte à l'intégrité ne sont pas pris en considération. L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité ne dépend dès lors pas des circonstances particulières du cas d'espèce; il ne s'agit pas non plus d'estimer une injustice subie, mais de déterminer sur une base médicale théorique l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale, sans tenir compte de facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 c. 1, 113 V 218 c. 4b; RAMA 1997

p. 207 c. 2a). Le Conseil fédéral a fait usage de la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA en édictant l'art. 36 OLAA. L'al. 1 de cette disposition prescrit qu'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. L'al. 2 prévoit que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3. Dans cette annexe, le Conseil fédéral a édicté un barème des indemnités selon une liste non exhaustive d'atteintes fréquentes et typiques, laquelle a été reconnue comme étant conforme à la loi (ATF 124 V 29 c. 1b). Pour les atteintes à l'intégrité qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, on appliquera le barème par analogie en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 § 2 de l'annexe 3; ATF 116 V 156 c. 3a).

8.2 Il est patent, à la lecture des barèmes des indemnités pour atteinte à l'intégrité figurant à l'annexe 3 de l'OLAA que l'intensité de l'atteinte au genou gauche de l'assuré (l'empêchant de s'appuyer de manière prolongée sur cette articulation) ne saurait être qualifiée de grave. S'il est vrai que le genou du recourant présente une fragilité et doit être ménagé, l'examen clinique a néanmoins révélé un genou à cicatrice calme (mise à part une petite zone inflammatoire prépatellaire), une marche (sur les talons ou la pointe des pieds) sans particularités, des flexions et rotations du genou dans les normes, ne limitant de surcroît pas le recourant dans ses activités quotidiennes (dos. Suva 196). L'atteinte ne saurait donc, au vu de ce qui précède, consister en une altération évidente à la santé et être qualifiée de grave.

C'est donc à raison que le Suva a nié le droit de l'assuré à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

9.

9.1 Au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que la Suva, dans sa décision sur opposition du 16 novembre 2018, a confirmé (à l'instar de sa

décision initiale) son refus d'allouer au recourant une rente d'invalidité au sens de la LAA et une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Le recours s'avère donc mal fondé et doit être rejeté.

9.2 Il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 61 let. a LPGA).

9.3 Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant qui n'obtient pas gain de cause; l'octroi de dépens à un assureur pratiquant l'assurance-accidents obligatoire rendrait le principe de la gratuité illusoire (art. 61 let. a et g LPGA; ATF 127 V 205 c. 3a, 126 V 143).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
 - aux mandataires du recourant,
 - à l'intimée,
 - à l'Office fédéral de la santé publique,
 - à E. _____ SA.

La présidente:

La greffière:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).