

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 mai 2012

Présidence de Mme THALMANN
Juges : MM. Jomini et Merz
Greffier : M. Bohrer

* * * * *

Cause pendante entre :

E. _____, à [...], recourant, représenté par DAS Protection Juridique SA, à Lausanne,

et

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

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. Le 11 août 1980, E._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1951, alors au service de la société M_____ SA comme fraiseur, a fait une chute qui a entraîné une distorsion du genou droit. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA ou intimée) a pris le cas en charge.

Le 30 septembre 1981, l'assuré a subi une intervention chirurgicale à savoir la plastie selon Helfet après insuffisance du ligament latéral interne malgré un plissement exécuté trois mois auparavant.

Le 5 novembre 1985, M_____ SA a annoncé à la CNA que l'assuré avait effectué le 25 octobre 1985 un faux mouvement et que la partie du corps atteinte était le genou droit victime d'une distorsion.

Dans un rapport d'examen médical final du 13 décembre 1990, le Dr D._____, médecin d'arrondissement à la CNA, mentionne notamment ce qui suit :

"APPRECIATION :

La situation est relativement satisfaisante à la suite de cette très longue aventure qui dure depuis presque 10 ans. A l'heure actuelle, à part une laxité interne considérable, l'articulation est stable. Il n'y a pas d'hydrops ou de phénomène réactif. Le patient signale des douleurs tout à fait sporadiques qui semblent évoluer en fonction des changements atmosphériques ou de contribution plus importante. Par ailleurs, on sent à la fois la grande inquiétude du patient d'obtenir une situation stable lui permettant de retrouver sa tranquillité d'esprit et une certaine surcharge conditionnée pour la plus grande part par son sentiment d'inquiétude.

En ce qui concerne sa profession, le patient admet volontiers pouvoir effectuer un travail à plein temps sans notable difficulté bien que, parfois, les douleurs de son genou droit soient importantes et le gênent considérablement. De plus, il est très satisfait de cette formation complémentaire qu'il a reçue et constate qu'à l'heure actuelle, il doit encore demander des renseignements ce qui semble ne pas être du goût de son chef. Compte tenu de l'enthousiasme qu'il y met, il semble qu'un peu de patience permettrait à M. E._____ d'être tout à fait à la hauteur des exigences de son poste.

Il est bien évident que ce n'est pas l'examen médical qui permet d'en juger.

Ainsi, on peut considérer pour l'heure le traitement comme terminé. Le patient se réannoncera en cas de nécessité.

La CNA verra la manière dont elle entend conclure."

Par décision du 14 mars 1991, la CNA a alloué à l'assuré dès le 1^{er} juillet 1990 une rente fondée sur un taux d'incapacité de gain de 25% et une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 15%.

Dans un rapport d'examen du 21 septembre 1994, le Dr G._____, médecin d'arrondissement à la CNA, mentionne notamment ce qui suit :

"EXAMEN CLINIQUE

Membres inférieurs :

La démarche pieds nus, dans la salle d'examen, s'effectue sans aucune boiterie. La marche sur les talons comme sur la pointe des pieds est aisée. L'appui monopodal est soutenu. L'accroupissement est profond, symétrique, les talons décollent bien du sol. Le sautellement monopodal peut être effectué de chaque côté. Le patient est capable de monter sur le lit d'examen en appui du MIG ou du MID sans difficulté.

On note un important valgus du MID. Les masses musculaires sont conservées, puissantes.

Le genou gauche est parfaitement calme, sec, sans tuméfaction, sans épaississement péri-articulaire. La rotule est normalement mobile. Il n'y a pas de signes rotuliens ni méniscaux. Les interlignes articulaires ne sont pas douloureux à la palpation. La fonction est absolument complète. En extension, le genou est verrouillé. En légère flexion, il y a un petit battement interne, déjà relevé lors d'un précédent examen. Il n'y a pas d'instabilité sagittale ni rotatoire.

On relève un status après une rupture du droit antérieur qui est remonté à mi-cuisse. Les vastes sont très développés, puissants et stabilisent parfaitement l'article.

APPRECIATION :

Je ne reviendrai pas sur les antécédents de ce patient que j'ai détaillés plus haut.

Actuellement, M. E._____, qui est au bénéfice d'une rente d'invalidité qui n'a pas sa raison d'être puisqu'il n'y a plus de perte de gain, ce que le patient sait fort bien, continue à se plaindre de

paresthésies douloureuses dans le territoire du SPE à droite, insinuant que l'intervention a été parfaitement inutile, alors même que les rapports médicaux de la Dresse M. _____ étaient plutôt optimistes.

Par ailleurs, à la suite d'une entorse du genou gauche, dont il y a tout lieu de penser qu'elle a été parfaitement banale, si tant est qu'elle ait réellement existé, alors même que deux mois se sont maintenant écoulés, M. E. _____ se plaint d'un état douloureux permanent, insomniant, du compartiment interne et soutient qu'il est totalement incapable de travailler alors même qu'il est dessinateur...!

A l'examen clinique, comme lors de l'examen du 1.7.1993, on ne retrouve aucune limitation fonctionnelle notable.

Le genou gauche est calme, sec et stable, normalement mobile, il n'y a pas de signes méniscaux. Il n'y a pas de douleur à la palpation et à la sollicitation mécanique.

En bref, du point de vue clinique, ce genou est parfait. Restent les plaintes du patient et les images à l'examen IRM.

C'est à croire que notre assuré souhaite inconsciemment, je l'espère pour lui, reproduire pour son genou gauche, l'histoire malheureuse de son genou droit.

Je le lui ai dit et il ne s'est pas fâché!

Je l'ai remis, séance tenante au travail, lui concédant cependant 3 demi-journées par semaine pour faire sa physiothérapie.

Je regrette de ne pas avoir reçu la lettre que le Dr Z. _____ m'a adressée.

Pour ma part, j'hésiterais beaucoup avant d'entreprendre, chez un pareil patient, des investigations plus invasives."

La rente a été supprimée par décision de la CNA du 30 mars 1995, confirmée sur opposition le 2 novembre 1995, à partir du 1^{er} avril 1995 dès lors que l'assuré travaillait depuis de nombreux mois dans une activité adaptée à son état physique et réalisait un salaire supérieur à celui escompté sans l'accident dans la profession qu'il avait dû abandonner. L'assuré a en effet suivi une reconversion professionnelle en tant que dessinateur de machines.

Le 26 août 2003, alors que l'assuré travaillait depuis le 1^{er} avril 1997 en qualité de dessinateur au service de K _____ SA, cet employeur a annoncé une rechute de l'accident du 25 octobre 1985 depuis le 15 juillet 2003, le travail ayant été repris le 25 août 2003.

Dans un rapport médical intermédiaire du 30 mai 2005, le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, pose le diagnostic de gonarthrose post-traumatique droite. Il mentionne la persistance des douleurs malgré la physiothérapie. Il indique une prothèse totale du genou gauche. Dans un rapport du 3 octobre 2005, ce praticien mentionne une reprise de travail à 100% depuis le 2 mai 2005 tout en prévoyant dans un avenir plus ou moins rapproché la pose d'une prothèse totale du genou droit. Il résulte du protocole opératoire du 6 décembre 2005 que le Dr Z._____ a pratiqué cette intervention sur le genou droit de l'assuré, une prothèse totale ayant été posée. Le cas a été pris en charge par la CNA.

Dans son rapport médical intermédiaire du 13 mars 2006, le Dr Z._____ mentionne une évolution difficile en raison des douleurs au genou droit et une reprise du travail à 50% depuis le 21 février 2006. Le 8 mai 2006, ce praticien indique une reprise du travail à 100% depuis le 1^{er} mai 2006.

Dans un rapport médical intermédiaire du 8 septembre 2006 qui mentionne une évolution difficile avec persistance de douleurs au genou droit et d'une tuméfaction du genou sans épanchement, le Dr Z._____ a indiqué qu'il était prévu une arthroscopie du genou droit, "éventuellement une libération d'adhérences aux récessus sous-rotulien aux récessi latéraux et ablation des vis à la tubérosité antérieure du tibia (status après ostéotomie de la tubérosité antérieure du tibia)". Le 2 octobre 2006, ce médecin a effectué une arthroscopie, une résection de quelques adhérences dans le récessus sous-rotulien et le retrait de 3 vis corticales de la tubérosité antérieure du tibia.

Le Dr Z._____ indique les 27 octobre 2006 et 15 janvier 2007 une évolution difficile avec une persistance des douleurs, l'assuré ayant repris le travail à 100% depuis le 20 octobre 2006. Le 13 novembre 2007, il indique également une évolution difficile avec une persistance des douleurs, les radiographies effectuées en août étant sans particularité.

Dans un rapport d'examen médical final du 8 novembre 2010, le Dr G. _____ mentionne notamment ce qui suit :

"APPRECIATION :

Je ne reviendrai pas sur les antécédents de ce patient que j'ai détaillés plus haut.

Actuellement, le patient dit qu'il est relativement satisfait de sa prothèse du côté gauche. De ce côté, il a des douleurs modérées. En revanche, il souffre passablement du genou droit avec des douleurs qui irradient à la face externe de la jambe. Il est limité dans ses déplacements. Il doit s'arrêter au bout d'une vingtaine de minutes. Il a beaucoup de peine à se remettre en route lorsqu'il est resté assis. Il a aussi des douleurs nocturnes qui l'empêchent de dormir.

A l'examen clinique, on est en présence d'un patient faisant son âge, pleurnichard mais à la thymie conservée, qui n'a pas de limitation fonctionnelle majeure, du moins en ce qui concerne les membres inférieurs.

Objectivement, le genou droit paraît normo-axé. Il présente une discrète hyperthermie. Il n'y a pas d'autre signe réactif local. La mobilisation s'effectue librement. La flexion est modérément limitée. La stabilité est excellente. Le tonus et la force musculaire sont conservés à tous les niveaux. Le patient décrit des troubles sensitifs compatibles avec une atteinte séquellaire du SPE. On relève une importante inégalité de longueur des membres inférieurs en défaveur de la droite.

Sur les radiographies, la prothèse est en place, sans signe de descellement.

Il y a donc une certaine discordance entre l'importance des plaintes et les constatations objectives de l'examen radio-clinique.

Pour les seules suites de l'accident, il ne fait aucun doute que le patient peut travailler en plein comme dessinateur.

Si on se réfère à la table 5 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N° 2870/5.f-2000 un taux de 20% peut être retenu, la situation qui prévalait juste avant la mise en place de la prothèse correspondant à une gonarthrose de gravité moyenne.

Une augmentation de 5% est justifiée en raison d'une limitation persistante de la flexion et d'une discrète atteinte séquellaire du SPE.

L'atteinte à l'intégrité totale se monte ainsi à 25%.

15% ont déjà été versés en 1991."

Par décision du 11 novembre 2010, la CNA a estimé que l'atteinte à l'intégrité était de 25%, suite à une aggravation des séquelles accidentelles. Elle a ainsi alloué une IPAI supplémentaire de 10%. S'agissant du droit à la rente, elle a considéré qu'au vu des investigations menées, les séquelles de l'accident ne réduisaient pas la capacité de gain de manière importante, les conditions requises pour l'octroi de prestations de rente au sens des articles 16, 7 et 8 LPGA n'étant ainsi pas remplies.

L'assuré s'est opposé à cette décision et a produit une lettre du 2 décembre 2010 du Dr Z. _____ dont il résulte notamment ce qui suit :

"L'assurance SUVA reconnaît dans sa lettre du 11.11.10 une atteinte à l'intégrité de 25%, 5% pour des séquelles neurologiques du nerf sciatique poplité externe, 20% pour une arthroplastie du genou en raison d'une gonarthrose post-traumatique 20% correspond d'après la table 5.2 des indemnisations des atteintes à l'intégrité selon la LAA à une endoprothèse avec bon résultat, ce qui dans ce cas particulier n'est pas correct. Ce status après prothèse totale du genou du 6.12.05 reste malgré les 5 années écoulées douloureux, probablement en rapport avec les nombreuses interventions chirurgicales qui ont précédé cette dernière opération : 6 opérations, interventions arthroscopiques méniscales, cartilagineuses, ostéotomie de la jambe, réostéotomie, alors qu'à gauche où M. E. _____ est porteur d'une prothèse totale depuis 6 ans, prothèse totale précédée d'une seule intervention arthroscopique, l'évolution est tout à fait favorable.

Actuellement, l'appui est principalement sur le genou gauche, l'appui monopodal droit difficile, de même que la marche dans les escaliers, les pentes, aussi bien à la montée qu'à la descente. La marche est limitée à 20-30 minutes, les douleurs nécessitent la prise d'analgésiques, d'anti-inflammatoires, nécessitent aussi des séances régulières, hebdomadaires de physiothérapie, en plus des exercices effectués par M. E. _____ lui-même à la maison et en piscine. La flexion du genou droit reste limitée, avec une exacerbation des douleurs en la forçant 108°, alors qu'à gauche elle est de 134°.

Donc, si le résultat de la prothèse du genou ne peut être estimé comme très mauvais avec un taux de 40%, il n'est cependant pas bon non plus. Je pense qu'il serait raisonnable qu'un taux de 30% soit retenu, en plus des 5% pour les séquelles neurologiques du sciatique poplité externe, c'est-à-dire 35% en tenant compte évidemment du taux déjà reconnu de 15% en 1990."

La Dresse O. _____, du Service médical régional AI (ci-après : SMR) et ancien médecin chef adjoint en psychiatrie, a examiné l'assuré le 10 juin 2010. Il résulte de son rapport du 29 juin 2010, co-signé par le Dr

Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, notamment ce qui suit :

"DIAGNOSTICS

- ***avec répercussion durable sur la capacité de travail***

- Douleurs résiduelles du genou D dans le contexte d'une ancienne lésion complexe, probablement ligamentaire, nécessitant plusieurs interventions avec finalement ostéotomie varisante, puis prothèse totale du genou ddc (M17.3/Z45.9).
- Lombalgies chroniques avec discret déficit sensitivomoteur L5 D dans le cadre de discopathies étagées et status post spondylodèse L4-S1 en mai 2009 (M51.3/Z45.9).
- Cervicalgies dans le contexte de discopathies protrusives étagées (M50.3).

- ***sans répercussion sur la capacité de travail***

- Douleurs résiduelles et déficit d'extension du gros orteil à D suite à un accident en 2006.
- Excès pondéral (BMI=29).
- Hypertension artérielle traitée.

APPRECIATION DU CAS

Cet assuré est donc connu depuis 1985 pour une gonarthrose D suite à une lésion complexe motivant une réadaptation comme dessinateur sur machines, métier qu'il a exercé apparemment avec passion jusqu'à fin 2007. Il est licencié lorsqu'il annonce à son employeur qu'il va devoir se faire opérer aux aînés. Puis, en raison de lombalgies permanentes, une spondylodèse L4-L5 est effectuée en mai 2009, amenant selon l'assuré une amélioration des douleurs de 25%.

Lors de l'examen de ce jour, on est en face d'un homme de 59 ans, en bon état général, présentant une légère augmentation de la tension artérielle et un excès pondéral.

Le status ostéo-articulaire montre une bascule du bassin en défaveur de la D avec scoliose correspondante. La mobilité de la colonne cervicale est diminuée et hautement douloureuse. Toute la colonne lombaire est très sensible, parfois même à l'effleurement. On note un déficit sensitif L5 et probablement moteur associé (rotulien D pas obtenu). Ces limitations sont bien expliquées par les données radiologiques qui montrent des discopathies étagées partiellement protrusives, sans compression clairement démontrée ; la spondylodèse L4-S1 est en bonne position. On ne trouve pas de

signe en faveur d'une radiculopathie irritative, les déficits sont plutôt anciens et résiduels.

Au niveau des genoux, le status clinique est satisfaisant, il n'y a pas d'épanchement net, la mobilité est bonne, il y a une légère instabilité ligamentaire bilatérale, sans douleur en faveur d'une périarthrite. Radiologiquement, les prothèses sont bien placées, il n'y a aucun signe de descellement. La fonction est bonne avec une démarche en souliers sans boiteries. Le problème résiduel du gros orteil à D est minime, ne gênant pas l'assuré dans la vie de tous les jours, surtout en portant de bonnes chaussures.

Reste à expliquer la persistance de douleurs importantes étendues et constantes, selon l'assuré très handicapantes. Il se montre très concerné par sa santé, il suit scrupuleusement les consignes de ses médecins qui lui auraient conseillé de changer souvent de position, ce qu'il fait comme seul signe non verbal de douleurs. En présence de 4/5 signes en faveur d'un processus non organique, une majoration des plaintes peut être retenue.

Les différentes atteintes objectives définissent des limitations fonctionnelles contre-indiquant tout travail lourd ou dans des positions vicieuses. L'activité habituelle de dessinateur en machine est cependant adaptée, notamment parce que l'assuré peut changer régulièrement de position et ne doit pas porter de lourdes charges.

Concernant la capacité de travail, l'assuré répète ce que les médecins lui ont dit, qu'il est capable de travailler à 25%. S'il y a bien des limitations fonctionnelles multiples, force est de constater que l'observation clinique et l'examen sont plutôt rassurants nous permettant d'affirmer qu'il pourrait bien travailler à 50%, soit 2 heures par demi-journée. On s'écarte ainsi de l'opinion des médecins traitant, mais il est à souligner que le Dr W._____ se réfère au vécu subjectif de l'assuré quand il fixe une capacité de travail de 30% : "l'assuré estime être capable de travailler environ 2 heures/jour dans son activité habituelle" (lettre à l'AI du 31.03.2010). Le médecin conseil du service de l'emploi, le Dr P._____ fixe l'incapacité de travail à 75%, à réévaluer dans 3-6 mois, sans fournir un status clinique détaillé (certificat médical du 26.03.2010).

Limitations fonctionnelles

Eviter les positions statiques prolongées assises, debout, en rotation-flexion du tronc et en porte-à-faux ainsi que les mouvements répétitifs et maximaux de la tête. Le port de charge est limité à 5kg occasionnellement. L'assuré ne peut pas faire de genuflexion à répétition, il ne peut pas s'agenouiller ni se déplacer en terrain inégal. Il ne peut travailler à la chaîne ni sur machine vibrante. L'activité habituelle de dessinateur en machines est tout à fait adaptée.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Depuis le 14.12.2007 (rapport médical du Dr W._____ du 20.04.2009).

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

100% dès lors, 75% dès décembre 2009 (inscription au chômage).

Basé sur l'anamnèse, l'observation et l'examen clinique de ce jour ainsi que les radiographies à disposition nous estimons que la capacité de travail est de 50%. L'assuré n'ayant plus travaillé depuis fin 2007 pourrait éventuellement profiter de mesures de réinsertion.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITE HABITUELLE : 50%

DANS UNE ACTIVITE ADAPTEE : 50% depuis : début 2010"

Dans un rapport du 12 janvier 2011, le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique auprès de la division "Médecine des assurances" de la CNA, se fondant sur les radiographies effectuées en 2005 et 2006, expose qu'il s'agit essentiellement d'une arthrose de localisation fémoro-tibiale et non pas d'une pangonarthrose et que c'est d'ailleurs pour cette raison que le Dr Z._____ a renoncé lors de l'intervention du 6 décembre 2005 à pratiquer un remplacement prothétique de la rotule. Il relève en outre ce qui suit :

"Pour chiffrer l'atteinte à l'intégrité chez M. E._____, c'est la table 5 "Atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses" qui sert de référence. A noter que le Dr D._____, médecin d'arrondissement à Lausanne qui avait chiffré le taux d'atteinte à l'intégrité le 1.7.1990 à 15%, s'était référé à la table 6 "Atteinte à l'intégrité en cas d'instabilité articulaire". A cette époque, le patient était surtout gêné par les symptômes résultant de la neuropathie du SPE (nerf sciatique poplité externe), la révision chirurgicale ayant eu lieu 4 ans plus tard sous forme d'une exploration et neurolyse qu'avait faite Mme le Dr M._____ le 19.4.1994. Il en persiste aujourd'hui des séquelles surtout sous forme de troubles de la sensibilité.

Dans cette table 5, le taux d'atteinte à l'intégrité en cas d'arthrose fémoro-tibiale de gravité moyenne se situe dans une fourchette de 5 à 15% ; il oscille entre 15 et 30% si l'arthrose est sévère. On peut chiffrer l'arthrose fémoro-tibiale à 25% chez M. E._____ et prenant en compte que l'arthrose est surtout sévère au niveau du compartiment interne, comme on l'a vu. S'ajoute à ce taux de 25% 5% supplémentaires qui résultent de l'atteinte séquellaire du nerf sciatique poplité externe. Le taux de 30% au total est correct si l'on prend en considération qu'en cas d'amputation à mi-jambe, une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 35% est accordée, taux proposé par le Dr Z._____ qui s'avère excessif si l'on a cette perte substantielle en mémoire."

S'agissant de la capacité de travail, le Dr N. _____ mentionne notamment ce qui suit :

"Chez M. E. _____, le résultat de l'arthroplastie est mitigé puisque persistent des douleurs et que l'amplitude fonctionnelle avec 105° de flexion pour une extension complète n'est pas parfaite si on la compare aux 125° d'amplitude qu'obtient le genou gauche. Cette diminution de fonction n'est cependant guère pénalisante, car 100° de flexion permettent de monter les escaliers à pas alternés et de se lever de la position assise sans prendre appui sur les accoudoirs.

On l'a vu dans l'aperçu général : une activité sédentaire est loisible à tout porteur de prothèse totale, que ce soit du genou ou de la hanche. En effet, en position assise, les sollicitations mécaniques intervenant au niveau des genoux sont pratiquement nulles, ce dont on peut se convaincre en s'asseyant puis posant les pieds sur une salle de bains : on peut ensuite comparer le poids indiqué à celui que l'on a debout sur cette même balance et apprécier la différence. On ne peut proposer une limitation du temps de présence dans une activité de ce type qu'en cas de limitation majeure des amplitudes articulaires, surtout si la place de travail est mal conçue, ne laissant pas suffisamment de place pour les jambes. Limiter le temps de présence sur le lieu de travail suggère de plus que le patient, de retour à son domicile, dispose d'une autre position de confort que celle assise pour se sentir soulagé. Hormis la position couchée, on ne voit pas quelle pourrait être l'alternative. Une autre restriction que l'on peut formuler au porteur d'une arthroplastie de genou est de limiter la montée et la descente des escaliers, d'éviter les positions forcées en flexion du genou (accroupi, à genoux) et les déplacements incluant les ports de charge. Le port répété de charges d'un poids excédant 10kg est à proscrire.

Il découle de ce qui a été dit que l'activité de dessinateur de machines exercée par le patient est sans autre exigible à horaire complet.

On notera que les experts commis par l'AI, le Dr Q. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et Mme le Dr O. _____, ancien médecin chef adjoint en physiatrie, ont tiré suite à l'examen du patient cette même conclusion le 29.6.2010. Ils ont pris alors en compte toutes les atteintes à la santé dont souffre M. E. _____, à savoir les deux genoux porteurs d'endoprothèse, ainsi que les altérations dégénératives siégeant au niveau de son rachis cervical (discopathies pluri-étagées et sténoses canalaires) et de sa colonne lombaire (discopathies pluri-étagées, canal lombaire étroit de L2 à L5, status post-spondylodèse L4-L5), le status post cure d'hernies inguinales bilatérales, et j'en passe. Quant au Dr Z. _____, il a mis l'accent dans ses rapports adressés à l'AI sur le fait que les cervicalgies sur lésions dégénératives et les lombalgies sur sténose canalaire étaient principalement responsables du pronostic très réservé qu'il formulait.

En synthèse, les conclusions qu'avait tirées le Dr G. _____ suite à son examen de M. E. _____ étaient tout à fait correctes. La seule

modulation que l'on doit apporter s'adresse à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, révisable à la hausse de 5%."

Par décision sur opposition du 14 janvier 2011, la CNA a admis partiellement l'opposition, une IPAI de 30% étant allouée et a confirmé sa première décision pour le surplus.

B. Le 15 février 2011, E. _____ a recouru contre cette décision en concluant principalement à son annulation et au renvoi de la cause à la CNA pour instructions complémentaires et nouvelle décision. Subsidiairement, il a conclu que lui soit reconnu le droit à une rente d'invalidité d'au moins 50%. Il a en outre requis en tant que de besoin la mise en oeuvre d'une expertise médicale et professionnelle. Il a enfin indiqué que le taux d'IPAI n'était pas remis en cause.

A l'appui de ses conclusions, il allègue en substance que la CNA s'est fondée sur les conclusions du Dr G. _____ et du Dr N. _____ pour statuer. Il soutient que le Dr G. _____ n'a jamais examiné sérieusement la question de l'impact des problèmes du genou gauche du recourant sur sa capacité de gain et que c'est d'une manière totalement péremptoire qu'il affirme dans son rapport du 8 novembre 2010 que le recourant peut travailler à plein temps comme dessinateur. Il estime en outre que le Dr G. _____ a montré une certaine prévention à son égard déjà en 1993 puisque dans son rapport du 1^{er} juillet 1993 il faisait état d'une amélioration notable de la situation du recourant alors même que ce dernier devait se soumettre à une intervention le 19 avril 1994, et que le 21 septembre 1994, il mettait en doute l'existence d'un accident dont avait été victime le recourant sans raison valable et considérait alors comme parfait le genou gauche du recourant alors que celui-ci devait se faire poser une prothèse quelques années plus tard. Enfin, il estime que qualifier le recourant de "pleurnichard" est un terme à connotation négative. En ce qui concerne le Dr N. _____, il relève que celui-ci n'a pas examiné le recourant et que ce n'est pas parce que généralement une prothèse du genou permet l'exercice d'une activité sédentaire que les problèmes spécifiques du recourant lui permettent de continuer comme auparavant son activité de dessinateur de machines. Enfin, il mentionne

que l'examen médical bidisciplinaire du 10 juin 2010 pratiqué par le SMR a mis en lumière que les troubles du genou droit du recourant avait une répercussion durable sur sa capacité de travail.

Il a produit un lot de pièces parmi lesquelles les pièces suivantes :

- Un rapport médical initial du 22 novembre 1985 du Dr B._____, spécialiste en chirurgie, posant les diagnostics de distorsion du genou droit avec suspicion d'une lésion du ménisque interne, status 4 ans après plastie pour le ligament croisé antérieur pour le compartiment externe, avec fixation de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit. Ce rapport mentionne que le traitement ordonné - à savoir une arthroscopie et une méniscectomie interne ainsi que l'ablation d'une agrafe ayant servi pour la plastie ligamentaire au niveau de la joue condylienne externe du genou droit - a eu lieu le 1^{er} novembre 1985.
- Un protocole opératoire signé par le Dr Z._____, posant les diagnostics de chondromalacie du 3^e degré du condyle fémoral interne, du 2^e degré du plateau tibial interne et l'articulation fémoro-patellaire, ainsi que du premier degré de l'articulation fémoro-tibiale externe de même que le diagnostic de status six mois après méniscectomie interne subtotale au genou droit. Ce protocole mentionne une intervention chirurgicale le 21 avril 1986 à savoir une abrasion cartilagineuse au condyle fémoral interne par voie arthroscopique au genou droit.
- Un protocole opératoire signé par le Dr Z._____ posant les diagnostics suivants : "décompensation d'une chondromalacie fémoro-tibiale interne au genou droit ; status après abrasion par voie arthroscopique du condyle fémoral interne (avril 1986)". Ce protocole mentionne une

intervention le 19 novembre 1986, à savoir : "ostéotomie de valgisation à la jambe droite, ostéosynthèse par plaques semi-tubulaires 3 trous, intra-osseuse, avec vis de traction corticale 4.5. Ostéotomie complémentaire diaphysaire du péroné. Fasciotomie de la loge antérieure de la jambe droite".

- Un protocole opératoire signé par le Dr Z. _____ posant les diagnostics suivants : "status après ostéotomie de valgisation à la jambe droite. Chondromalacie de la trochlée fémorale, du condyle fémoral interne, du 3^e degré. Érosions cartilagineuses des plateaux tibio, surtout l'interne. Névrome cicatriciel d'une branche du nerf péronier superficiel, après ostéotomie diaphysaire du péroné à droite". Ce protocole mentionne une intervention le 24 novembre 1987 à savoir : "chondroplastie condylienne fémorale interne, trochléenne fémorale, par voie arthroscopique au genou droit. Excision d'un névrome superficiel au péroné droit".

- Un protocole opératoire signé par le Dr Z. _____ posant les diagnostics suivants : "gonarthrose fémoro-tibiale interne. Status après ostéotomie de valgisation de la jambe droite, avec perte de correction, novembre 1986". Ce protocole mentionne une intervention le 28 avril 1988 à savoir : "ablation de la plaques semi-tubulaires 3 trous et de la vis corticale 4.5, révision de la cicatrice sur le péroné, nouvelle ostéotomie oblique et diaphysaire du péroné et ostéotomie supra-tubérositaire du tibia avec valgisation de 10 bons degrés, nouvelle ostéosynthèse par plaques semi-tubulaires intra-osseuses et vis de traction corticale 4.5".

- Un protocole opératoire signé par le Dr Z. _____ posant les diagnostics suivants : "status après réostéotomie de valgisation, du tibia droit. Vis corticale de traction, trop

longue et douloureuse." Ce protocole mentionne une intervention le 20 juillet 1988 ayant consisté en un raccourcissement de la vis corticale 4.5.

- Un protocole opératoire signé par le Dr Z._____ posant les diagnostics suivants : "status après réostéotomie de valgisation pour gonarthrose fémoro-tibiale interne à droite. Synovite. Lésion méniscale interne." Ce protocole mentionne une intervention le 16 décembre 1988 à savoir : "synovectomie partielle, régularisation du bord libre du ménisque interne résiduel, par voie arthroscopique. Ablation d'une plaque et d'une vis au tibia droit".

- Un rapport d'examen médical du 1^{er} juillet 1993 du Dr G._____ qui mentionne notamment ce qui suit :

"Par ailleurs, le genou droit est sec, calme, normalement mobile et je ne retrouve absolument pas l'instabilité importante que le Dr D._____ avait mentionnée dans son rapport du 13.12.1990.

Par ailleurs, j'ai fait retirer des clichés radiologiques de ce genou chez le docteur T._____ qui ne montre pas de progression des lésions arthrosiques.

On peut donc admettre que ce patient présente une amélioration notable de sa situation du point de vue médical.

Ceci dit, il est clair que M. E._____ souffre de séquelles douloureuses, purement sensitives, d'une atteinte du SPE que l'on pourrait peut-être soulager par de petits moyens.

Je souhaiterais, pour cette raison, que notre assuré soit examiné par le Prof. C._____ dont j'attends avec intérêt les observations et propositions thérapeutiques éventuelles."

- Un protocole opératoire signé par la Dresse M._____, spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive, qui a procédé le 19 avril 1994 à une exploration et une neurolyse du sciatique poplité externe droit ainsi qu'à une neurolyse fasciculaire d'un névrome en continuité.

Par réponse du 21 mars 2011, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle relève en substance que les rapports des Drs G. _____ et N. _____ satisfont entièrement aux critères jurisprudentiels permettant de leur accorder entière valeur probante. En ce qui concerne le rapport des Drs Q. _____ et O. _____, elle soutient qu'à l'occasion de l'examen clinique du 10 juin 2010, ces praticiens ont relevé que le status au niveau des genoux était satisfaisant, qu'il n'y avait pas d'épanchements nets, la mobilité étant bonne, toutefois avec une légère instabilité mais sans douleur en faveur d'une périarthrite, que radiologiquement la prothèse était bien placée sans signe de descellement, que la fonction était bonne avec une démarche en souliers sans boiterie et qu'en présence d'un tel bilan ces médecins n'ont pu expliquer la persistance des douleurs étendues et constantes décrites par le recourant. Elle ajoute qu'après avoir relevé 4/5 signes en faveur d'un processus non organique, ces praticiens ont conclu à l'existence d'une majoration des plaintes. S'agissant de troubles dépourvus de substrat organique, la CNA soutient qu'ils ne sauraient engager sa responsabilité à défaut de lien de causalité adéquate au vu de la jurisprudence relative à la causalité adéquate en matière de troubles psychiques.

Par réplique du 12 avril 2011, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a en outre requis à nouveau la mise en oeuvre d'une expertise médicale et professionnelle ainsi que l'audition en qualité de témoin du Dr Z. _____.

Dans sa duplique du 17 mai 2011, la CNA a maintenu ses conclusions.

Le dossier AI a été produit. Il en résulte notamment les pièces suivantes :

- Un certificat médical du 28 avril 2008 du Dr Z. _____ posant les diagnostics de hernies inguinales bilatérales, varice de la saphène interne droite douloureuse, sacralgies gauches avec irradiations douloureuses au membre

inférieur gauche, sur troubles statiques et dégénératifs, exagération de la lordose lombaire, scoliose dextro-convexe, bascule du bassin, rétrolisthésis de toutes les vertèbres lombaires, ostéochondrose, spondylose lombaire, canal lombaire étroit secondaire en L2-L3, L3-L4 et surtout L4-L5, sténose bilatérale des recessi latéraux en L5 surtout à gauche, irritant la racine L5 gauche. Dans ce même rapport, ce praticien estime que l'incapacité de travail est totale depuis le 14 décembre 2007.

- Un certificat médical intermédiaire du 28 juillet 2008, dans lequel le Dr Z. _____ mentionne une exacerbation des douleurs, non seulement au pied et au genou à droite et à la colonne lombaire, mais aussi à la colonne cervicale, sur discopathie ostéophytaire C5-C6 avec compression des racines C6, discopathie C6-C7 avec compression de la racine C7 gauche, sténose des trous de conjugaison C7-D1 avec compression des racines C8, sténose du trou de conjugaison C3-C4 gauche avec compression de la racine C4 gauche. Il mentionne que l'incapacité de travail est totale depuis le 14 décembre 2007, une reprise de l'activité professionnelle étant prévisible mais pas actuellement. Il estime également qu'un autre emploi est envisageable mais pas actuellement. Il relève que l'assuré entreprend lui-même tout ce qu'il peut pour améliorer sa situation. Il ne peut évaluer un pronostic déterminé à long terme.

- Un rapport du 20 novembre 2008 du Dr Z. _____ posant les diagnostics suivants :

"Enraidissement douloureux du genou droit, après prothèse totale sur gonarthrose post-traumatique.

Cervicalgies sur lésion dégénérative, discopathies C5-C7, hernie disco-ostéophytaire C5-C6 bilatérale, C6-C7 surtout gauche, sténose des trous de conjugaison C7-D1 bilatérale, du trou de conjugaison C3-C4 gauche, sténose canalaire C5-C6, C6-C7 avec brachialgies bilatérales.

Lombo-sciatalgies bilatérales sur canal lombaire étroit L2-L3, L3-L4 et surtout L4-L5, sténose des recessi latéraux en L5, protrusions discales plurisegmentaires.

Prothèse totale du genou gauche sur gonarthrose.

Douleurs et limitation fonctionnelle de l'extension du 1^{er} et du 2^e orteil à droite sur plaie avec lésions tendineuses et nerveuses.

Intervention chirurgicale sur hernies inguinales bilatérales et sur insuffisance veineuse du membre inférieur droit le 20.12.07."

Dans ce rapport, ce praticien indique encore que le pronostic est très réservé principalement en raison des lésions dégénératives cervicales et lombaires, l'assuré étant actuellement dans l'impossibilité de rester en position assise, debout, de marcher et de porter quelque chose. Il estime que l'activité actuellement exercée n'est plus exigible et que l'on ne peut pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle.

- Un rapport médical du 14 janvier 2009, dans lequel le Dr S._____, spécialiste en médecine générale, mentionne notamment ce qui suit :

"Il s'agit d'un patient très dynamique, volontaire, et qui s'est toujours montré extrêmement compliant en ce qui concerne les différents traitements et suivis proposés pour ses nombreuses pathologies, tant liées à des problèmes d'accident que de maladie, particulièrement invalidantes, et touchant différentes parties de l'organisme, ce qui rend toute activité physique particulièrement pénible.

On relève notamment des cervicalgies associées à des brachialgies bilatérales sur troubles dégénératifs et hernies discales multiples. Le rachis est encore sensible dans la région lombaire, avec lombalgies persistantes récidivantes associées à des sciatalgies également. Les troubles dégénératifs de son genou et le traitement à droite notamment laisse des douleurs avec limitation de la flexion plus importante à droite qu'à gauche, alors que l'extension est par contre tout à fait bonne.

Suite à un accident avec plaie du dos du pied droit, persiste une anesthésie avec dysesthésies sur la face dorsale du gros orteil droit ainsi que du deuxième essentiellement, et de manière plus modérée au niveau des troisième et quatrième orteils. On relève

parallèlement une limitation de l'extension de ce gros orteil droit.

L'évolution, malgré un traitement très intensif, ne montre malheureusement que peu d'amélioration avec un patient qui continue à se montrer gêné même dans la vie de tous les jours avec grosses douleurs et impossibilité aux efforts. Une prise en charge pluridisciplinaire est par ailleurs obligatoire chez lui, associant neurochirurgien, orthopédiste et moi-même.

Le pronostic est donc chez lui très réservé, essentiellement en raison des problèmes du rachis, mais également avec gêne importante au niveau du genou droit".

- Un rapport d'expertise établi le 30 mars 2009 par le Dr X._____, du Centre [...], à [...], et spécialiste en rhumatologie, dont il résulte notamment ce qui suit (pp. 11 ss de l'expertise) :

"Antécédents somatiques personnels :

Maladies d'enfance habituelles sans séquelle.

Accident de travail en 1985 : à son poste de travail, perd l'équilibre devant sa machine et tombe en rotation du MID. Entorse grave du genou ayant justifié plusieurs interventions et finalement se solde par l'obligation de changer de profession (doit rester assis). Refait un CFC de dessinateur en machines. Le genou gêne mais fait avec.

Gonarthrose destructrice rapide gauche justifiant une PTG à gauche en 2004 (14.12). Pas de problème par la suite.

PTG à droite en 2005 (6.12) avec succès mitigé (douleur chronique ; repos et en charge ; raideur au dérouillage (15 à 20 minutes) ; périmètre de marche environ 20 minutes.

2006 reçoit une vitre sur le pied droit avec lésions tendineuses et nerveuse périphérique. En traitement physiothérapie (US + mobilisation) - Compagnie d'assurances_____ X. LAA (assureur de K_____ SA).

Hernies inguinales gauche et droite en 2007 (20.12) avec bon succès mais tendance à récurrence sous la forme de douleur du carrefour pubien.

(...)

5. Synthèse et discussion

Rappel de l'histoire médicale :

M. E._____ est un assuré de 58 ans au passé chirurgical de l'appareil locomoteur chargé qui, à la suite d'un accident de travail à l'âge de 34 ans, a dû subir plusieurs interventions sur

son genou droit et changer de profession (mécanicien de précision versus dessinateur en machines). Qui plus est, victime d'une arthrose destructrice rapide du genou gauche, il doit subir une prothèse totale de cette articulation à 53 ans, alors qu'il souffrait toujours du genou droit. Dès lors, il vit avec des douleurs chroniques aux deux membres inférieurs et avec, comme limitation fonctionnelle, un périmètre de marche de 20 minutes à vitesse réduite.

Parallèlement, une hernie inguinale des deux côtés le conduit à l'intervention en décembre 2007. Celle-ci semble s'être soldée par un bon succès immédiat, mais l'assuré signale une récente tendance à la récurrence des douleurs touchant le carrefour pubien, qui pourraient bien être une intolérance au filet de soutien.

Accessoirement, il est en traitement de physiothérapie (US + mobilisation) pour une blessure au cou du pied droit à la suite de la chute d'une vitre reçue sur le pied droit en 2006. Cette blessure réunit lésions tendineuses et nerveuses périphériques qui s'associent pour entretenir une tendance à l'algodystrophie. Le traitement est pris en charge par la Compagnie d'assurances _____ X. (assureur de K _____ SA).

L'assuré est en incapacité de travail complète depuis le 14.12.2007 pour plusieurs raisons, prévues de longue date, la hernioplastie inguinale bilatérale, une crossectomie et un stripping de la saphène interne droite. La prolongation de cette incapacité temporaire de travail est secondaire à deux affections touchant l'appareil locomoteur : une lombosciatalgie droite et une cervicalgie. Ces symptomatologies douloureuses présentent depuis 2002 ont répondu favorablement aux traitements conservateurs, sans motiver d'arrêt de travail, actuellement elles exigent cependant des thérapeutiques plus musclées (antalgie interventionnelle) auxquelles elles ne cèdent que momentanément. En bref, elles vont s'aggravant, la région lombaire restant au premier plan avec un syndrome déficitaire moteur et sensitif.

Situation actuelle :

L'anamnèse et le status sont concordants, on peut retenir un diagnostic de syndrome vertébral lombaire L5 droite avec un syndrome radiculaire déficitaire S1 moteur et sensitif. On ne trouve aucun signe de non organicité selon Waddell, il n'y a aucune discordance.

Synthèse et conclusions :

La présente expertise confirme les investigations récentes effectuées à savoir qu'il y a bien un syndrome radiculaire déficitaire moteur et sensitif S1 droit sur hernie discale et canal lombaire étroit. Une intervention de décompression est d'ores et déjà envisagée pour mai 2009.

Compte tenu des différentes pathologies dont les limitations fonctionnelles douloureuses s'associent, l'incapacité de travail est de 100%, quel que soit le poste : il ne peut rien porter, les mouvements répétitifs du tronc ne sont pas supportables, la

marche est restreinte et toute position en flexion des membres inférieurs sont impossibles.

L'incapacité de travail actuelle est justifiée.

La situation pourra être reconsidérée après l'intervention prévue pour mai 2009. En cas de bon résultat, une reprise du travail dans un poste analogue à celui qu'il occupait auparavant pourrait être envisagée. En effet ce poste était déjà adapté, il n'exige pas de port et transport de charge, de mouvements répétitifs du tronc, ou de position fléchie des membres inférieurs ; l'assuré a loisir de changer de positions au cours de la journée sans être obligé de parcourir de longs trajets.

Le taux d'activité s'évaluera ainsi selon les résultats de l'opération, le taux définitif devra être atteint par paliers progressifs."

- Un rapport du 17 avril 2009, dans lequel le Dr W._____, spécialiste en neurochirurgie, pose les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail suivants :

- Lombalgies chroniques sur insuffisances segmentaires L3/4 et L5/S1 ainsi que discopathies pluri-étagées L1/2, L2/3 et L4/5 avec, aux niveaux L3/4 et L4/5, des rétrécissements canaux récessaux.
- Status après mise en place de prothèses aux deux genoux en 2005 puis en 2006.
- Hernie inguinale bilatérale opérée.

Ce spécialiste pose également le diagnostic sans effet sur la capacité de travail suivant :

- Hypertension artérielle traitée.

Ce praticien indique en outre notamment ce qui suit :

"Le 16.02.2008, l'examen neurologique ne mettait pas en évidence de déficit neurologique au niveau des membres supérieurs et inférieurs. Pas de signe net d'irritation radiculaire. La marche sur les talons déclenchait des douleurs lombaires plus

importantes que lorsque le patient marchait sur la pointe des pieds. Douleurs marquées à la pression en regard des articulations intervertébrales postérieures L5/S1 et L4/5 surtout gauche. Contracture de la musculature paravertébrale lombaire moyenne et inférieure. Limitation en fin de course dans les mouvements de latéflexion et rotation de la colonne lombaire. La distance doigts-sol est de 30 cm. Douleurs lombaires importantes ressenties lors de l'antéflexion du tronc et lorsque le patient se relève de la position antéfléchie. Les mouvements de la colonne lombaire sont toutefois fluides jusqu'à un discret "painful catch syndrome" vers 40° d'antéflexion.

Sur les clichés fonctionnels de profil de la colonne lombaire du 9.04.2008, on constate une hypermobilité des segments L3/4 et L5/S1 apparaissant sous la forme d'un bâillement antérieur inhabituel sur les clichés en hyperextension. Discopathies en L1/2, L2/3, L3/4 et L4/5.

L'IRM cervical du 5.06.2008 met en évidence des discopathies C5/6 et C6/7 avec bec ostéophyttaire marginal postérieur C5/6 surtout à droite et hernies discales au niveau C5/6 et C6/7 du côté gauche. Dégénérescence pluri-étagée de C3/4 à C7/D1

L'IRM lombaire du 16.02.2009 montre des discopathies pluri-étagées sur toute la région lombaire, épargnant toutefois le niveau L5/S1. Sténoses canalaires plutôt récessales en L3/4 et L4/5, plus marquées à droite en L3/4 et à gauche en L4/5.

Pronostic

1.5

Nature et importance du traitement actuel

Traitement conservateur qui associe à une physiothérapie de tonification/relaxation musculaire, une limitation de l'activité physique, l'évitement du port de charges et de positions du corps inadéquates, une thérapie médicamenteuse antalgique et anti-inflammatoire".

Ce praticien mentionne également les limitations fonctionnelles suivantes : limitation de l'activité physique, évitement du port unique de charge supérieure à 10kg et du port répété de charges supérieures à 5kg, des positions statiques debout ou assises continues ainsi que des positions avec antéflexion prolongée ou répétée du tronc. Il estime que l'activité de dessinateur en informatique n'est pas exigible actuellement. Comme recommandations pour la future thérapie, il indique la poursuite du traitement physiothérapeutique et antalgique et une évaluation pour une intervention de décompression L3/4 et L4/5

accompagnée éventuellement d'une stabilisation des segments lombaires inférieurs. Le but du traitement proposé serait d'augmenter la capacité fonctionnelle du patient, les diverses mesures thérapeutiques conservatrices n'ayant pas permis d'obtenir une amélioration des troubles jugée satisfaisante par le patient. Pour avoir une chance de réinsérer le patient dans une activité professionnelle après une intervention chirurgicale il pense absolument nécessaire que l'intervention soit suivie aussi vite que possible d'une aide au placement dans une activité adaptée. Il tient cependant peu probable que l'assuré puisse atteindre une capacité de travail supérieure à 50%.

- Un certificat médical intermédiaire du 12 juin 2009, dans lequel le Dr Z. _____ pose les diagnostics de cervicalgies, lombalgies, status après hémilaminectomie L4-L5, L5-S1, spondylodèse L3-S1 le 29 mai. Il estime l'incapacité de travail totale.

- Un certificat médical intermédiaire établi le 7 septembre 2009 par le Dr W. _____, qui pose les diagnostics de lombalgies basses avec syndrome irritatif facettaire douloureux ainsi que cervicalgies sur troubles dégénératifs plurisegmentaires lombaires et cervicaux, un status après décompression canalaire de L3 à L5 ainsi que stabilisation par système postéro-latéral transpédiculaire et interépineux le 29 mai 2009, et un syndrome douloureux au niveau du genou droit, d'origine orthopédique.

Il indique en outre ce qui suit :

"L'examen neurologique ne met pas en évidence de déficit sensitivomoteur ou de signe d'irritation de type radiculaire. Syndrome lombovertébral marqué avec contractures douloureuses de la musculature paravertébrale lombaire inférieure. Persiste un syndrome irritatif facettaire aussi bien

lombaire bas que cervical, dont la participation au syndrome douloureux demeure encore difficile à préciser par une seule séance comprenant des blocs facettaires."

Le Dr W. _____ estime totale l'incapacité de travail en tant que dessinateur en informatique et pense peu probable vu la persistance des troubles que l'assurée puisse reprendre une activité professionnelle, ceci d'autant plus que le contexte socio-professionnel actuel (durée de l'arrêt de travail, situation sur le marché du travail, âge du patient) agit de manière défavorable sur la reprise d'un travail adapté.

- Une lettre du 23 mars 2010, dans laquelle le Dr W. _____ écrit ce qui suit :

"Quelle intervention a été réalisée en mai 2009 ?

Décompressions canalaires de L3 à L5 ainsi que stabilisation par système postéro-latéral transpédiculaire et interépineux le 29.05.2009.

Quelle est l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis cette intervention ? Quelle est l'évolution de l'incapacité de travail depuis lors ? (préciser dates et taux)

Bien que l'intervention de mai 2009 ait apporté une amélioration des douleurs lombaires basses, permettant au patient de se tenir plus longtemps en position debout ou assise ou d'avoir moins de troubles lorsque celui-ci se penche en avant ou se relève de la position antéfléchie, persistent des douleurs entraînant des limitations fonctionnelles importantes avec l'augmentation des sollicitations physiques ou la fatigue au niveau de la charnière lombosacrée. Les examens cliniques et par blocs sous amplificateur de brillance parlent pour une insuffisance du segment L5/S1 à l'origine des troubles résiduels. Le patient présente notamment des épisodes douloureux qui traduisent une irritation des facettes articulaires L5/S1 et/ou radiculaire S1 gauche confirmant l'insuffisance mentionnée ci-dessus, dernièrement il y a 1 semaine.

Divers épisodes de cervicalgies qui ont nécessité un traitement par infiltrations sous scopie.

(...)

Quelles sont les limitations fonctionnelles ostéo-articulaires actuelles que présente l'assuré ?

Lombalgies basses avec syndrome irritatif facettaire douloureux ainsi que cervicalgies itératives sur troubles dégénératifs pluri-segmentaires lombaires et cervicaux. Syndrome douloureux au niveau du genou droit, d'origine orthopédique.

Le patient éprouve des difficultés en raison des douleurs lombaires et dans le genou droit à demeurer un certain temps en position assise ou debout (moins d'1/2 heures). Il est fréquemment réveillé la nuit par les douleurs, cervicales, lombaires et du genou droit. Marche limitée à moins d'une demi-heure. Les trajets en voiture seraient limités à une durée de 30 minutes.

Compte tenu de ces limitations, quelle est sa capacité de travail dans son activité habituelle de dessinateur de machines ?

Le patient estime être capable de travailler environ 2h/j dans son activité habituelle en tant que dessinateur de machines.

Quelle est sa capacité de travail médico-théorique dans une activité adaptée ?

D'un point de vue neurochirurgical la capacité de travail dans une activité adaptée devrait être possible à 30%."

- Un rapport SMR du 6 juillet 2010, dans lequel la Dresse F._____, retient comme atteinte principale à la santé des lombalgies chroniques avec discret déficit sensitivomoteur L5 droit sur discopathies étagées et status après spondylodèse L4-S1 en 2009 et des cervicalgies sur discopathies protrusives étagées. Comme pathologies associées du ressort de l'AI, elle indique des douleurs résiduelles du genou droit post-traumatiques, un status après plusieurs interventions dont une ostéotomie de varisation et mise en place d'une PTG droite en 2005 et un status après mise en place d'une PTG gauche en 2005. Enfin, elle mentionne comme diagnostics associés non du ressort de l'AI des douleurs résiduelles et un déficit d'extension du gros orteil droit post-traumatique, un excès pondéral et une hypertension artérielle traitée. Elle retient une incapacité de travail entière du 14 décembre 2007 à novembre 2009, de 75% dès décembre 2009 et de 50% dès le début 2010 dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. Elle relève que compte tenu de la

nature des atteintes et des multiples limitations fonctionnelles qui en découlent, une capacité de travail de 50% (2h par demi-journée) est exigible dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles, l'activité habituelle de dessinateur sur machine étant adaptée, permettant l'alternance des positions et ne nécessitant pas le port de charges lourdes. Elle ajoute que l'assuré n'ayant plus exercé d'activité depuis 2007, il pourrait profiter de mesures de réinsertion.

- Une décision du 1^{er} avril 2011 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud reconnaissant le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité du 1^{er} décembre 2008 au 31 mars 2010 et à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2010.

Un recours contre cette décision a été déposé par E. _____ devant la Cour de céans.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

En l'espèce, le recourant est domicilié dans le canton de Vaud ; son recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et il satisfait aux autres conditions de forme ; il est donc recevable.

2. Le litige porte uniquement sur le droit éventuel du recourant à une rente d'invalidité LAA, le taux de l'IPAI n'étant pas remis en cause.

En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413, consid 2c, 110 V 48, consid 4a ; RCC 1985 p. 53).

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la présente loi n'en dispose pas autrement, 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 en premier lieu, 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. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il

faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177, consid. 3.1 et les références citées ; TF 8C_432/2007 du 28 mars 2008, consid. 3.2.1). 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, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177, consid. 3.1 et les références citées ; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009, consid. 3.1). Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C_513/2007 du 22 avril 2008, consid. 3.1 et les références citées).

Ainsi, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.3 et les références citées) ; le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc" ; ATF 119 V 335, consid. 2b/bb ; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009, consid. 2.2).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie,

le fait en cause 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 (ATF 125 V 456, consid. 5a et les références citées, 129 V 177 précité, consid. 3.2 ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009, consid. 2). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.1 in fine et les références citées).

b) En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'assuré peut à nouveau prétendre à la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, le paiement d'indemnités journalières (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]; pour les titulaires d'une rente de l'assurance-accidents : art. 21 LAA). On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les arrêts cités ; TF 8C_1023/2008 du 1^{er} décembre 2009 consid. 5.3).

4. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256, consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256, consid. 4, 115 V 133, consid. 2, 114 V 310, consid. 2c, 105 V 156, consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231, consid. 5.1, 125 V 351, consid. 3a et la référence citée). Ce dernier constat a été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; VSI 2001 p. 106, consid. 3b/bb et cc). L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs (TF 9C_67/2007 du 28 août 2007, consid. 2.4). La présomption d'impartialité de l'expert, ne peut être

renversée au seul motif de l'existence d'un rapport de travail (subordination) liant l'expert et l'organisme d'assurance (ATF 132 V 376, consid. 6.2, 123 V 175, consid. 4b, 122 V 157, consid. 1c ; TF 9C_67/2007 du 28 août 2007, consid. 2.4). Il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465, consid. 4.3). Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465, consid. 4.6).

5. En l'espèce, le Dr G. _____ mentionne dans son rapport du 8 novembre 2010 que le patient lui a exposé être limité dans ses déplacements, devoir s'arrêter au bout d'une vingtaine de minutes, avoir beaucoup de peine à se remettre en route lorsqu'il est resté assis et avoir aussi des douleurs nocturnes qui l'empêchent de dormir. A l'examen il n'a pas constaté de limitations fonctionnelles majeures en ce qui concerne les membres inférieurs. Il a constaté que le genou droit paraissait normo-axé et présentait une discrète hyperthermie, la mobilisation s'effectuant librement et l'affection étant modérément limitée. Il a également observé que la stabilité était excellente, que le tonus et la force musculaire était conservée à tous les niveaux et que le patient décrivait des troubles sensitifs compatibles avec une atteinte séquellaire du nerf sciatique poplité externe. Il a également constaté une importante inégalité de longueur des membres inférieurs en défaveur de la droite. Les radiographies n'ont pas montré de signe de descellement. Il estime dès lors que pour les seules suites de l'accident le recourant peut travailler à plein temps comme dessinateur. C'est ainsi en ayant connaissance du dossier, après avoir fait état des plaintes du recourant puis en effectuant un examen clinique complet et après avoir pris connaissance des radiographies, que le Dr G. _____ estime que la capacité de travail du recourant est entière dans une activité adaptée. Les conclusions de ce praticien n'apparaissent ainsi pas péremptoires comme le soutient le recourant, mais sont au contraire bien étayées.

On ne saurait retenir non plus que le Dr G._____ aurait fait preuve de prévention à l'égard du recourant. En effet, on ne voit pas qu'admettre que le recourant présente une amélioration notable de sa situation du point de vue médical, comme le retient le Dr G._____ dans son rapport du 1^{er} juillet 1993 attesterait d'une telle prévention. Cela d'autant moins que le Dr G._____ ajoute que le recourant souffre de séquelles douloureuses du nerf sciatique poplité externe qu'il faudrait soulager, raison pour laquelle il souhaitait que le recourant soit examiné par le Prof. C._____ dont il attendait les observations et propositions thérapeutiques. Or l'intervention à laquelle a procédé la Dresse M._____ le 19 avril 1994 a consisté notamment en une exploration et neurolyse du sciatique poplité externe. Dans son rapport du 21 septembre 1994, le Dr G._____ a estimé que le genou gauche du recourant était parfait en ce sens qu'il n'entraînait aucune incapacité de travail dans la profession exercée par celui-ci. Or tel a bien été le cas pendant plusieurs années. On ne saurait non plus voir dans cette appréciation une prévention à l'égard du recourant. Il en va de même d'ailleurs du qualificatif de "pleurnichard" dans son rapport de 2010. Le Dr G._____ retient dans ce rapport une certaine discordance entre l'importance des plaintes et les constatations objectives de l'examen radio-clinique, appréciation d'ailleurs partagée par les médecins du SMR. La Dresse O._____ signale en effet la présence de 4 sur 5 signes en faveur d'un processus non organique et retient une majoration des plaintes.

Les conclusions du Dr G._____ quant à la capacité de travail du recourant dans son activité de dessinateur sont confirmées par celles du Dr N._____. Certes ce praticien n'a pas examiné le recourant. Ses conclusions sont toutefois fondées sur une analyse détaillée du dossier de celui-ci comprenant notamment les divers clichés radiologiques. Il a expliqué de manière claire qu'une activité sédentaire est loisible à tout porteur de prothèse totale que ce soit du genou ou de la hanche parce qu'en position assise, les sollicitations mécaniques intervenant au niveau des genoux sont pratiquement nulles. Il a ajouté qu'une telle activité pourrait être exercée à un pourcentage réduit uniquement en cas de

limitation majeure des amplitudes articulaires, ce qui n'est pas le cas du recourant, et surtout si la place de travail est mal conçue.

Ces conclusions ne sont pas mises en doute par celles de la Dresse O._____ et du Dr Q._____ (rapport du 10 juin 2010). En effet, ces praticiens mentionnent s'agissant de l'état des genoux du recourant que le status clinique est satisfaisant (pas d'épanchement net, bonne mobilité, légère instabilité ligamentaire bilatérale sans douleur en faveur d'une périarthrite). Radiologiquement, ils constatent que les prothèses sont bien placées et qu'il n'y a aucun signe de descellement. Ils observent également que la fonction est bonne avec une démarche en souliers sans boiteries. Parmi les diagnostics qu'ils retiennent ayant des conséquences sur la capacité de travail, ces praticiens mentionnent certes des douleurs résiduelles du genou droit. Toutefois, ils expliquent la persistance de douleurs par une majoration des plaintes. En outre, leur appréciation de la capacité de travail est globale. Ce rapport ne contient aucun élément objectif infirmant les conclusions des Drs G._____ et N._____. Il en va d'ailleurs de même des rapports des autres praticiens figurant au dossier.

Il y a lieu de relever au surplus qu'aucun rapport médical ne pose de diagnostic psychiatrique, de sorte que l'existence d'un tel trouble ne saurait être retenue. Quoi qu'il en soit, d'après la jurisprudence, pour que la relation de causalité adéquate entre un ancien accident, d'une part, et un trouble psychiatrique, d'autre part, soit reconnue, il faut que plusieurs conditions soit remplies, ce qui ne serait pas le cas à l'évidence ici (ATF 115 V 133).

Par conséquent, il y a lieu de constater qu'en ce qui concerne l'estimation de la capacité de travail du recourant, les rapports médicaux des Drs G._____ et N._____ ont valeur probante.

6. a) La documentation médicale étant complète et permettant ainsi à la cour de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire par l'audition du Dr Z._____ ou la mise en œuvre d'une expertise comme y conclut le recourant dont la

requête doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet renoncer à l'administration d'une preuve s'il acquiert la conviction au terme d'une appréciation anticipée des preuves, comme en l'espèce, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante, et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (TF 9C_543/2009 du 1^{er} octobre 2009, consid. 2.2 et les références citées ; TF 9C_619/2009 du 9 décembre 2009, consid. 3 et les références citées).

b) Au regard de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée a retenu qu'il n'y avait pas de diminution de la capacité de travail, en raison des conséquences de l'accident survenu au recourant. Le droit à une rente d'invalidité LAA n'est donc pas ouvert en l'espèce.

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il ne se justifie pas de percevoir d'émolument judiciaire, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer d'indemnité à titre de dépens dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue sur opposition le 14 janvier 2011 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents et confirmée.
- III.** Le présent arrêt est rendu sans frais ni dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- DAS Protection Juridique SA (pour E. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :