

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 juin 2013

---

Présidence de        Mme     DI FERRO DEMIERRE, juge unique  
Greffier                :     M. Bohrer

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**K.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à  
Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne

---

**Art. 29 al. 2 CST ; 42 LPGA ; 24 al. 1, 25 al. 1 et 2 LAA ; 3, 36 OLAA**

## **E n f a i t :**

**A.** K.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en mars 1964, originaire de [...], peintre en bâtiment, a été victime d'un accident professionnel le 28 septembre 1992. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1992.

Par déclaration d'accident LAA du 30 septembre 1992, son employeur de l'époque, F.\_\_\_\_\_, a déclaré que l'assuré était tombé d'une échelle et que la partie atteinte était le genou gauche.

Cet accident a été enregistré par la CNA sous la référence 1.21588.92.7.

Dans un rapport médical initial LAA du 6 novembre 1992, le Dr P.\_\_\_\_\_, de l'Hôpital E.\_\_\_\_\_ à [...] (ci-après : Hôpital E.\_\_\_\_\_), a posé le diagnostic de triade antéro-interne du genou gauche. Il a constaté une instabilité antéro-interne de cette articulation, sans fracture visible.

Dans un examen médical final du 1<sup>er</sup> mars 1996, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a écrit ce qui suit :

### **"APPRECIATION**

Ce peintre en bâtiment, d'actuellement 32 ans, a subi, lors d'une chute d'échelle, il y a maintenant 3 1/2 ans, une triade malheureuse au genou gauche. On a réinséré le LCA au plafond, réparé le LLI avec son PAPI et effectué une plastie selon Mac Intosh le 7.10.1992.

Deux arthroscopies, du 4.11.1993 et du 3.7.1995, pour ménisectomie partielle externe avec complément et décloisonnage du cul de sac, en dernier arthroscopie.

Suite à cette dernière arthroscopie et à l'examen de ce jour, avec plaintes persistantes non objectivables pour une bonne partie, on constate les diagnostics suivants :

Instabilité antéro-interne modérée du genou gauche après réparation du LCA et du LLI.

Gonarthrose tricompartmentale débutante avec constitution de rotule basse.

Il y a une nette discordance entre les plaintes et les constatations objectives. La causalité est toutefois affirmée entre les lésions actuellement constatées et l'accident du 28.9.1992.

Il n'y a actuellement pas de traitement susceptible d'améliorer la situation, une amélioration n'est pas prévisible avec vraisemblance non plus.

### **INFIRMITE DURABLE / EXIGIBILITE**

Arthrose tricompartmentale débutante avec instabilité résiduelle antéro-interne et rotules basses.

Atrophie musculaire très modérée de la cuisse globalement, pas spécialement du quadriceps qui n'est pas mis à contribution par le patient. La boiterie n'est pas expliquée.

Objectivement, ce patient pourrait encore travailler à 80 % dans son ancien métier au vu de l'état clinique et radiologique de son genou gauche. Toutefois, dans les travaux adaptés ménageant la station debout, les longues marches, les descentes et les montées fréquentes en portant des poids dépassant les 10 kg, évitant également des travaux en position accroupie et agenouillée, ce patient a une capacité entièrement exigible.

(...)"

Le même jour, ce praticien a procédé à l'estimation de l'atteinte à l'intégrité de l'assuré. Les paragraphes suivants ressortent de son appréciation médicale :

### **"STATUS**

(...)

A l'examen final, on constate un genou, sans aucun signe irritatif ni dystrophique, de pleine mobilité et d'une assez bonne force malgré un manque de collaboration de la part du patient, avec des signes rotuliens d'une part et une instabilité antéro-interne de façon modérée.

Des signes cliniques de l'arthrose débutante fémoro-tibiale sont absents.

Sur les nouveaux clichés, on distingue les signes rotuliens avec une rotule basse, un léger pincement de l'interligne fémoro-tibial interne, mais presque sans différence avec l'externe, avec ostéophytose débutante ébauchée.

**ESTIMATION : 7,5 %**

### **JUSTIFICATION**

Selon [la] table 5 des tables pour l'indemnisation des atteintes [à] l'intégrité selon la LAA, il s'agit d'une arthrose fémoropatellaire de tout au plus 2,5 %.

Le compartiment fémoro-tibial est à estimer actuellement à 2,5 % et, comprenant l'évolution ultérieure jusqu'à une arthrose moyenne, on parvient à l'estimation de 7.5 %.

(...)"

Il ressort d'un rapport établi le 31 janvier 1997 par un inspecteur de la CNA que l'assuré avait déclaré notamment avoir trouvé du travail pour différents employeurs dès le 26 juillet 1996 avant de trouver un place fixe le 4 septembre 1996 en qualité de tapissier-peintre, à savoir un emploi identique à celui qu'il faisait pour F.\_\_\_\_\_. L'assuré avait en outre indiqué que son genou gonflait facilement, qu'il mettait de la glace et prenait du Ponstan, son employeur n'étant pas informé de sa situation.

Le 21 février 1997, la Clinique U.\_\_\_\_\_, Centre médical d'observation de l'assurance-invalidité (ci-après : COMAI), à [...], a été mandatée pour procéder à une expertise de l'état de santé de l'assuré.

Le 2 octobre 1997, les Drs J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et Z.\_\_\_\_\_, respectivement médecin chef et chef de clinique adjoint ont rendu leur rapport d'expertise. Dans le cadre de ce rapport, ces deux praticiens ont notamment écrit ce qui suit :

"DISCUSSION

(...)

A l'examen clinique actuel, le genou gauche présente une mobilité symétrique au droit, sans limitation. On note un léger battement en valgus, des interlignes articulaires douloureux, ainsi qu'un Lachmann avec une course légèrement augmentée par rapport au genou droit. On note également la présence de signes de chondropathie rotulienne. Cependant, il n'y a pas d'amyotrophie de sous-utilisation.

Sur le plan radiologique, on note un discret pincement du compartiment interne, néanmoins sans sclérose sous-chondrale ni ostéophytose. La comparaison des clichés de 1992 et de 1996 ne montre aucune évolution.

Il s'agit donc de la persistance de gonalgies gauches mécaniques après triade malheureuse opérée, avec chondropathie bi-compartimentale et sans signe d'arthrose radiologique ni limitation fonctionnelle. Il n'y a pas non plus d'instabilité majeure. Si l'on ne peut poser actuellement formellement un diagnostic de gonarthrose, l'évolution se fait néanmoins classiquement vers une telle affection. La vitesse d'évolution ne peut cependant être déterminée, d'autant plus que le patient ne présente aucun autre facteur de risque surajouté.

A l'examen psychiatrique, on note d'une part une thymie authentiquement déprimée, et d'expression fruste, reliée essentiellement à sa situation conjugale et sociale, et, d'autre part, des troubles mixtes de la personnalité avec probable personnalité psychotique.

(...).

#### DIAGNOSTICS

- Gonalgies gauches persistantes après une triade malheureuse opérée.
- Réaction dépressive prolongée dans le cadre de troubles mixtes de la personnalité probablement psychotiques.

#### Capacité de travail et pronostic :

Sur un plan somatique, les gonalgies de Monsieur K. \_\_\_\_\_ et l'évolution globalement favorable de son genou devraient lui permettre de travailler dans des activités évitant les stations debout prolongées, de longues marches, des montées et des descentes fréquentes d'escaliers, tous travaux nécessitant un accroupissement prolongé et répété. Par ailleurs, le port de charges devrait être limité à 15-20 kg. En respectant ces conditions, la capacité de travail devrait être complète. Par ailleurs, les travaux prolongés sur des échelles, en hauteur, sont relativement contre-indiqués. En effet, même s'il n'y a pas d'instabilité majeure du genou, des lâchages antalgiques ne peuvent être exclus et pourraient entraîner une nouvelle chute. Ainsi, toute activité relativement légère dans le domaine de la peinture reste compatible avec son état de santé physique.

Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail pourrait être influencée par deux éléments : d'une part, il présente un état dépressif actuellement assez envahissant, qui, lui, est susceptible d'être traité par médication anti-dépressive et accompagnement empathique du médecin traitant. D'autre part, les troubles de la personnalité semblent actuellement encore compensés. Ils restent ainsi compatibles avec une activité professionnelle, cependant dans un environnement simple et structurant dans lequel les tâches qui lui sont confiées lui sont clairement énoncées et ne dépassent pas ses capacités de compréhension.

En conclusion, une réadaptation professionnelle était et reste nécessaire. La capacité de travail peut être complète dans une activité respectant d'une part ses limitations physiques et d'autre part lui conférant un cadre de travail clairement défini.

Dans ce cadre, le pronostic semble assez favorable mais nécessite certainement l'accompagnement d'un médecin traitant à même de prendre en charge tant l'aspect psychologique que physique de cette situation.

Il est à noter que Monsieur K.\_\_\_\_\_ s'est lui-même "reclassé" et qu'il travaille à nouveau à plein temps depuis mi-septembre 1996 comme peintre. Si les douleurs du genou sont supportées par le patient, elles l'inquiètent beaucoup. Si les conditions de travail sont compatibles avec ce qui fut défini ci-dessus, il y aurait lieu de favoriser le maintien de cette activité.

(...)."

Par décision du 24 août 1998, la CNA a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 7'290 fr, soit 7.5% de son gain annuel (97'200 fr.) et a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité.

Cette décision n'a pas été contestée.

**B.** Le 17 décembre 2009, l'assuré a été victime d'un second événement de nature accidentelle.

Par déclaration de sinistre LAA du 11 janvier 2010, la Société d'emploi temporaire B.\_\_\_\_\_, employeur de l'assuré, a décrit l'événement en ces termes "en montant sur une échelle, a loupé un échelon et s'est tordu le genou."

Cet événement a été enregistré par la CNA sous la référence 2.22044.10.3.

Dans un rapport médical LAA du 1<sup>er</sup> février 2010, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, a posé comme diagnostic celui d'entorse du genou gauche. En guise de constatations, il a indiqué "entorse genou G avec suspicion lésion LCA (distorsion) +/- méniscale".

Le 25 mars 2010, la Dresse Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a procédé à une IRM du genou gauche de l'assuré. Il ressort notamment du rapport médical établi le même jour par cette praticienne que :

**"Conclusion :**

**Aspect continu de la plastie du LCA.**

**Epanchement intra-articulaire et kyste synovial de Baker. Un second kyste synovial d'environ 3,6 cm de hauteur accolé au bord postérieur du plateau tibial externe.**

**Extrusion de la corne antérieure, du corps et de la corne postérieure du ménisque interne, sous LLI. Un hypersignal T2 de la corne postérieure du ménisque interne pouvant correspondre à des séquelles de méniscectomie ou à une récurrence de déchirure.**

**Aspect tronqué et hypersignal T2 de la corne postérieure du ménisque externe pouvant également correspondre à un status postopératoire, ou à une nouvelle déchirure.**

**Absence de signe de luxation en anse de seau.**

**Arthrose tricompartmentale prédominant sur le compartiment fémoro-tibial interne."**

Le 26 avril 2010, l'assuré a été opéré par le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique. Le protocole opératoire fait état d'une intervention ayant consisté en une "méniscectomie interne partie moyenne et post. partielle pour déchirure itérative de la partie moyenne et légèrement post. du ménisque interne du genou gauche". Ce document fait également mention de chondromalacie interne touchant le cartilage interne tibial et fémoral ainsi que la rotule. Concernant le LCA, il indique l'existence d'une plastie détendue mais bien présente et insérée, le LCP n'étant quant à lui pas visualisé.

Dans un rapport médical intermédiaire du 26 juillet 2010, le Dr X.\_\_\_\_\_ a notamment confirmé le diagnostic d'entorse du genou gauche, indiquant pour le surplus la présence d'une atrophie du quadriceps. Ce praticien a également estimé qu'un dommage permanent était à craindre sous la forme d'arthrose.

L'assuré a séjourné du 8 septembre 2010 au 5 octobre 2010 à la Clinique A.\_\_\_\_\_ (ci-après : Clinique A.\_\_\_\_\_). Dans un rapport médical du 2 décembre 2010, les Drs O.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine

physique et réadaptation, et G.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin assistant, ont indiqué que le status de sortie était inchangé par rapport à celui d'entrée. Ils ont de surcroît décrit notamment leur appréciation du cas en ces termes :

"A l'admission, le patient déclare avoir des douleurs persistantes, moyennes au repos, qui augmentent jusqu'à 7-8/10 à la marche, en particulier dans les escaliers, surtout à la descente. Il décrit une légère tuméfaction du genou gauche qui s'aggrave à l'effort accompagnée de craquements péri-rotuliens. Des lâchages du genou sont annoncés à la marche.

A l'examen clinique, hypomyotrophie quadricipitale à gauche ; le genou est discrètement empâté. La palpation est annoncée douloureuse à la face médiale surtout antérieurement au niveau de la cicatrice de l'arthroscopie. La palpation de la rotule provoque des craquements péri-rotuliens sur une rotule bien mobile. Les épreuves ligamentaires et méniscales sont négatives et l'examen neurologique est dans la norme.

Sur les RX du genou gauche du 17.12.2009, présence d'une arthrose tri-compartimentale à prédominance fémoro-tibiale interne. Absence de fracture. Sur l'IRM du genou gauche datant du 25.03.2010, cartilage articulaire d'aspect régulier, extrusion du ménisque interne qui est dégénératif et ne présente toutefois pas de signe de déchirure.

Du point de vue psychique, il n'est pas retenu de psychopathologie notoire, hormis une certaine psycho-rigidité et une certaine intolérance aux contraintes.

(...)

### **Sur le plan socio-professionnel**

M. K.\_\_\_\_\_ est un [...] en Suisse depuis 1988, titulaire d'un permis C. Il travaille comme peintre en bâtiment. Suite à un traumatisme avec lésion du LCA un reclassement avait été débuté. Celui-ci n'a pas été mené à terme et le patient a repris son activité de peintre.

Actuellement la situation n'est pas totalement stabilisée. Il existe cependant une arthrose tricompartmentale qui pourrait rendre difficile la reprise d'un travail lourd tel que celui de peintre. Le patient déclare tenir à vouloir reprendre son activité habituelle. Cependant si aucune reprise n'est possible d'ici 3-4 mois, un reclassement professionnel dans une activité évitant les ports de charges lourdes et de positions contrariées pour les genoux ainsi que les longs déplacements devrait être envisagé."

Le 17 mai 2011, le Dr S.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement à la CNA et spécialiste en chirurgie orthopédique, a établi son rapport d'examen médical final dont le contenu est le suivant :

## **"ANTECEDENTS D'APRES LES ACTES DU DOSSIER :**

Il s'agit d'un patient de 47 ans, peintre en bâtiment pour le compte d'une entreprise intérimaire qui, le 17.12.2009, glisse d'une échelle et se tord le genou G.

Le rapport du 01.02.2010, contresigné par le Dr X.\_\_\_\_\_, nous apprend que le patient présente une entorse du genou D avec suspicion de lésion méniscale.

Le 25.03.2010, le patient bénéficie d'une IRM du genou G mettant en évidence une arthrose tricompartmentale prédominant sur le compartiment fémoro-tibial interne, un status après plastie du LCA et continuité de la reconstruction ainsi qu'une suspicion de récurrence de déchirure de la corne postérieure du ménisque interne.

Le 25.04.2010, le patient bénéficie d'une arthroscopie du genou G.

Un rapport d'enquête du 03.06.2010 nous apprend que le patient présente des antécédents de rupture du LCA du genou G en 1992 (1.21588.92.7).

Le rapport opératoire du 26.04.2010 fait état d'une méniscectomie interne partielle moyenne et postérieure. Des signes de chondromalacie stade I sont présentes, tant au niveau tibial que fémoral interne. Du côté externe, aucune lésion n'est visualisée.

Le patient est adressé à la Clinique A.\_\_\_\_\_ du 08.09 au 05.10.2010. L'examen clinique relatif au genou G montre un discret empatement avec une amyotrophie quadricipitale marquée, des douleurs à la palpation de la face médiale du genou, une flexion-extension à 140-0-0°, des signes méniscaux  $\Theta$  et un test de Lachmann ainsi qu'un pivot-shift  $\Theta$ .

Sur le plan professionnel, compte tenu d'une arthrose tricompartmentale, une reprise du travail en plein semble compromise.

Le patient a été licencié au 04.01.2011.

Dans ces conditions, le patient est convoqué.

## **DECLARATIONS DE L'ASSURE :**

Il présente toujours des douleurs de son genou G avec parfois gonflement et érythème. Un caractère insomniant est également reconnu. Le périmètre de marche est à environ 20 et la position assise peut être prolongée durant environ 1h. Le patient décrit également des phénomènes de pseudo blocage avec des douleurs rotuliennes. Occasionnellement, des douleurs de la hanche G sont également présentes.

Le traitement actuel se fait sous forme de Nisulid® crème localement et de Dafalgan® 1g 2x/jour à la demande.

La prochaine consultation chez le Dr X. \_\_\_\_\_ est prévue le 06.06.2011.

D'origine macédonienne, le patient est en Suisse depuis 1988. Il n'a pas de CFC. Par contre, il a toujours effectué des travaux en tant que peintre en bâtiment.

Sur le plan social, l'assuré est divorcé depuis 2005. Il est père d'une fille de 16 ans.

Il se prétend par ailleurs en BSH et ne suit un traitement régulier que pour une onychomycose des deux pieds.

### **EXAMEN CLINIQUE :**

Patient en BEG apparent. Taille 179cm. Poids 88kg. Gaucher.

La marche est expéditive, sans douleur et sans hésitation. Marche sur les talons et les pointes bien exécutée. L'accroupissement est profond et le redressement aisé, bien que ces deux mouvements soient hésitants. Le morphotype des MI est en léger varus à un travers de doigt inter-condylien.

#### Examen orthostatique de dos :

Epaules et bassin à niveau. Statique vertébrale conservée. Pas de douleur à la palpation de la musculature para-vertébrale sur toute sa longueur. DDS à 10cm, redressement aisé.

#### Examen orthostatique de face :

Mobilité cervicale complète en flexion-extension et en rotation. Le status des MS ne révèle rien de particulier.

#### Examen en décubitus dorsal :

Mobilité des hanches complète en flexion-extension à 130-0-0° et rotation interne-externe à 20-0-60° ddc et sans douleur. La palpation du grand trochanter G et du fascia lata sont également indolores.

#### Genou G :

Cicatrices d'arthroscopie et de plastie de LCA calmes. Pas de tuméfaction, d'érythème ou de gradient thermique à la palpation. Palpation de l'appareil extenseur indolore sur toute sa longueur. Mobilité rotulienne légèrement diminuée par rapport à la D. Douleur supportable mais présente à la palpation de l'interligne interne dans sa moitié antérieure. Du côté externe, aucune douleur n'est à signaler. Les signes méniscaux sont  $\emptyset$ . Flexion-extension à 130-0-0° contre 140-0-0° à D. Bonne stabilité dans le plan frontal et sagittal avec un test de Lachmann à course normale et arrêt dur. Le pivot-shift est  $\emptyset$ .

#### Périmètres des MI :

	<u>Droite :</u>	<u>Gauche :</u>
Périmètre de la cuisse à 12cm du PSR :	49,0cm	48,0cm
Périmètre à hauteur de l'interligne interne :		39,0cm
	39,0cm	
Périmètre maximal du mollet :	39,0cm	37,0cm

### **RADIOGRAPHIES :**

Nous disposons des résultats de l'IRM du 25.03.2010 qui montrent, pour l'essentiel, une arthrose interne G. Du côté externe et en sous-rotulien, des signes de dégénérescence sont également présents mais dans une moindre mesure.

Nous disposons également de radiographies standard face et tunnel condylien du 18.03.2010 concernant les deux genoux. Sur ces incidences, nous constatons la présence d'une arthrose interne plus marquée à G qu'à D sous forme d'un pincement de l'espace articulaire et d'une irrégularité du plateau interne. Par contre, nous n'avons aucun document pour les incidences de profil et axiale de rotule. Nous notons encore la présence d'une vis de fixation distale de la plastie de LCA, parfaitement en place et sans signe de descellement.

### **DIAGNOSTIC :**

Arthroscopie le 26.04.2010 avec méniscectomie partielle interne du genou G.

Entorse du genou G le 17.12.2009 avec déchirure du ménisque interne.

Arthrose tricompartmentale du genou G.

Kyste de Baker du genou G.

Antécédent d'arthroscopie du genou G en 1995.

Antécédent d'arthroscopie avec méniscectomie partielle externe du genou G le 04.11.1993.

Antécédent de suture du LLI avec réparation PAPI, réinsertion du LCA au plafond et plastie selon Mac Intosh le 07.10.1992.

Antécédent de triade malheureuse du genou G en 1992.

Antécédent de thrombose du MSG en 2002 ayant nécessité une anticoagulation de Sintrom® durant 8 mois.

Anamnèse de réaction dépressive prolongée dans le cadre de trouble mixte de la personnalité, probablement psychotique.

Appendicectomie laparoscopique le 17.02.2011

### **APPRECIATION DU CAS :**

Il s'agit d'un patient de 47 ans, peintre en bâtiment pour le compte d'une entreprise intérimaire, dont les antécédents sont décrits plus haut et sur lesquels nous ne revenons pas.

**Subjectivement**, il persiste des douleurs du genou G avec occasionnellement un gonflement, un érythème et un caractère insomniant. Le patient décrit des phénomènes de pseudo-blocage avec des douleurs de la rotule. Le périmètre de marche est à environ 20' et la position assise peut être prolongée durant environ 1h.

**Objectivement**, les points relevant de l'examen clinique sont pour l'essentiel de discrètes douleurs à la palpation de l'interligne interne et une atrophie de la musculature, aussi bien au niveau du quadriceps que du mollet, comme le démontre la mesure des périmètres des MI. Pour le reste, nous notons une excellente stabilité dans le plan frontal et sagittal, avec un test de Lachmann normal et un pivot shift  $\Theta$ . De la même manière, la mobilité du genou est excellente avec une flexion-extension à 130-0-0° contre

140-0-0° à D. De plus, aucun épanchement, tuméfaction, érythème ou gradient thermique n'est constaté.

Compte tenu de l'examen de ce jour, du point de vue médical, nous n'avons aucune proposition particulière à formuler, si ce n'est une reprise d'activité physique afin de tonifier la musculature du MIG qui est très probablement à l'origine des pseudo-blocages décrits par le patient.

Du point de vue asséculoologique, il y a lieu de reconnaître une limitation fonctionnelle sous la forme du port de charges supérieures à 20kg. Malgré la présence d'une arthrose que nous qualifions de modérée du compartiment fémoro-tibial interne pour l'essentiel, nous n'avons à ce jour aucune autre limitation probante. L'exigibilité est donc complète dans une activité adaptée.

La situation actuelle étant stabilisée, elle donne droit à une IPAI faisant l'objet d'une appréciation séparée."

Le même jour, le Dr S. \_\_\_\_\_ a procédé à l'estimation de l'atteinte à l'intégrité de l'assuré. Ces conclusions sur ce point sont les suivantes :

"(...)

**ESTIMATION :**

10% (1.21588.92.7) et 5% (2.22044.10.3/37).

**JUSTIFICATION :**

Notre estimation est fondée sur la table 5 des barèmes d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA qui prévoit, pour une arthrose fémoro-tibiale moyenne, un taux situé entre 5 et 15%. Considérant une atteinte externe et fémoro-patellaire déjà présente à l'IRM de mars 2010, nous retenons le taux de 15%. Selon ce même examen, on doit considérer que l'essentiel des lésions dégénératives constatées est dû au premier événement survenu en 1992, raison pour laquelle nous lui attribuons un taux de 10%.

En ce qui concerne l'événement du 17.12.2009, nous devons considérer qu'il est en partie responsable d'une dégradation de la situation sous forme de l'apparition d'une limitation fonctionnelle, raison pour laquelle nous accordons un taux de 5%.

En cas d'aggravation ultérieure, un taux de 5 à 10% supplémentaire pourra être octroyé sur la base de l'événement de 2009."

Par décision du 7 juin 2011, la CNA a octroyé une IPAI à l'assuré de 15% calculée comme suit :

Accident du	Gain annuel CHF	Diminution l'intégrité	de Indemnité pour atteinte à l'intégrité	
<b>17.12.2009</b>	<b>126'000.00</b>		%	CHF
<b>28.09.1992</b>	<b>97'200.00</b>		<b>5.00</b>	<b>6'300.00</b>
28.09.1992	97'200.00		<b>2.50</b>	<b>2'430.00</b>
			7.50	7'290.00
			<u>15.00</u>	<u>16'020.00</u>

Pour le surplus cette décision précise que lors de l'examen médical du 1<sup>er</sup> mars 1996, une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 7,5% avait été reconnue à l'assuré et qu'un montant de 7'290 fr. lui avait déjà été versé.

Le 4 juillet 2011, l'assuré a fait opposition contre cette décision estimant que son taux d'IPAI devait être de 28% au regard de son handicap.

Par décision du 11 juillet 2011, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré estimant en substance qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'estimation de l'IPAI émise par son médecin d'arrondissement.

**C.** Par courrier du 9 août 2011 adressé à la CNA, K.\_\_\_\_\_ a interjeté recours contre sa décision sur opposition du 11 juillet 2011. Il indique dans ce courrier contester cette décision, ne pas trouver équitable le rapport rédigé par le médecin de la CNA et désirer une contre-expertise.

Par courrier du 12 août 2011, la CNA a transmis ce courrier à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal comme objet de sa compétence.

Par courrier du 17 août 2011 adressé au recourant, le juge instructeur a accusé réception de sa lettre du 9 août précédent et lui a

imparti un délai au 1<sup>er</sup> septembre 2011 pour compléter son écriture, celle-ci ne répondant pas aux exigences légales en matière de conclusions et motifs de recours, notamment.

Par lettre du 30 août 2011, le recourant a requis une prolongation du délai de 30 jours, motivant sa demande par le fait que son médecin traitant et son avocat étaient en vacances.

Par missive du 1<sup>er</sup> septembre, le juge instructeur a prolongé le délai imparti au recourant au 3 octobre 2011.

Le 15 septembre 2011, le recourant, par l'intermédiaire de son conseil, a requis une prolongation de ce délai au 30 novembre 2011, prolongation qui a été admise par le juge instructeur par courrier du 22 septembre 2011.

**D.** Par recours formel du 28 novembre 2011, le recourant a confirmé sa position et a conclu à titre de mesure d'instruction que soit mise en place une expertise judiciaire aux fins de diagnostiquer les atteintes physiques subies ensuite des accidents survenus en 1992 et 2009 et de fixer l'IPAI y consécutive. A titre principal, il a conclu à ce que la décision sur opposition rendue par la CNA le 11 juillet 2011 soit réformée en ce sens que l'IPAI soit arrêtée à un taux à fixer à dire d'expert. Subsidiairement, le recourant conclut à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à la CNA pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

A l'appui de ses conclusions, le recourant a produit deux bordereaux de pièces, respectivement les 28 novembre 2011 et 29 mars 2012, dont ressort en particulier un rapport médical du 22 septembre 2011, établi par le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, Ce médecin a écrit ce qui suit :

**"Anamnèse**

Le patient est connu pour une triade malheureuse du genou gauche en 1992. Il s'ensuit une suture du LLI à époque, réinsertion du LCA au plafond avec une plastie selon Mac-Intosh, diverses arthroscopies et la dernière en date du 26.04.2010 à la suite de la dernière entorse de son genou du 17.12.2009. Depuis l'intervention, il ne va pas. Se plaint de douleurs qui sont actuellement surtout au niveau du compartiment interne avec un périmètre de marche ne dépassant pas une vingtaine de minutes. Les douleurs et des lâchages s'ensuivent. Le genou enfle très fréquemment. Le patient a consulté [le] Dr X.\_\_\_\_\_, son médecin traitant, lequel m'adresse le patient avec une nouvelle radiographie de son genou gauche.

### **Examen clinique**

Marche fluide dans les 3 positions.

Ex. couché : Mobilité du genou complète avec des douleurs dans les phases finales de flexion et extension. Légère résistance à l'extension complète, plus volontaire que physique. Léger épanchement i-a. Rotule indolore et stable. TA ++ avec arrêt mou. Lochmann ++ à +++ avec arrêt mou. Pivot shift pas exécutable à cause de la crispation du patient. TP nég. Valgus et varus stress tests nég. et indolores. La palpation du condyle interne est douloureuse et évoque les douleurs que le patient a. Pas de douleur à la palpation du compartiment externe.

### **Imagerie médicale**

Diverses RX ainsi que la dernière du 08.09.2011 genou gauche Schuss, profil, rotules axiales : collapse total du compartiment interne.

### **Diagnostics**

Gonarthrose tricompartmentale à prédominance interne stade IV post traumatique. Status après triade malheureuse, réparation du LCA selon Mac-Intosh en 1992, diverses arthroscopies par la suite.

### **Incapacité de travail**

Peintre, 100%

### **Appréciation**

Le patient m'est adressé par son médecin traitant pour évaluer un éventuel procédé chirurgical immédiat. Le patient présente une évolution naturelle d'une instabilité du genou gauche avec actuellement une gonarthrose stade IV interne, symptomatique. Etant donné que le patient présente en plus une instabilité antérieure, il va de soit que l'option chirurgicale s'avère relativement difficile. La seule possibilité actuelle et adaptée à l'âge du patient, serait de faire une prothèse unicompartmentale combinée avec une plastie du LCA. (...)"

Au regard de ce rapport médical, le recourant expose comme premier grief que les constatations et diagnostics des Drs S.\_\_\_\_\_ et

C.\_\_\_\_\_ sont particulièrement divergents, si ce n'est contradictoires. Sur la base des conclusions de ce dernier praticien, le recourant estime que le taux global de 15% retenu pour son IPAI devrait être en réalité bien supérieur.

Comme second grief, le recourant invoque une violation du droit d'être entendu dans la mesure où le rapport du Dr S.\_\_\_\_\_ ne chiffre pas le pourcentage de l'IPAI et n'explique pas comment la répartition à raison de 10% pour l'accident de 1992 et 5% pour l'accident de 2009 a été effectuée. Le recourant relève ainsi que ni la décision initiale du 7 juin 2011, ni la décision entreprise du 11 juillet 2011 n'explicitent ces éléments. Lacunaires, l'avis du Dr S.\_\_\_\_\_ et la décision attaquée ne permettent pas au recourant de faire valoir valablement ses droits. A ce titre, ce dernier estime que cette lacune doit aboutir à relativiser la valeur probante de l'avis médical émis par le Dr S.\_\_\_\_\_.

Pour le surplus, le recourant considère qu'il se justifie de mettre en place une expertise médicale neutre afin de poser un diagnostic clair le concernant et de fixer son taux d'IPAI sur la bases de constatations exactes, dans la mesure où le rapport du Dr C.\_\_\_\_\_, à savoir un spécialiste en chirurgie orthopédique qui n'est pas son médecin traitant ni n'a de lien particulier avec l'intimée, constitue un indice concret permettant de douter du bien-fondé des conclusions du Dr S.\_\_\_\_\_.

Par réponse du 5 mars 2012, la CNA, par l'intermédiaire de son conseil, a conclu au rejet du recours.

En ce qui concerne la violation du droit d'être entendu, la CNA relève que l'estimation de l'IPAI faite en mai 2011 par le Dr S.\_\_\_\_\_ figure en bonne et due place dans ses deux dossiers (i.e. n° 1.21588.92.7 et n° 2.22044.10.3/37).

En ce qui concerne la problématique de l'éventuelle aggravation future de l'état du recourant, l'intimée relève qu'une "révision" de l'IPAI serait alors possible, possibilité que le Dr S.\_\_\_\_\_ a

laissée ouverte dans le cas d'espèce lorsque celui-ci indique qu'en cas d'aggravation ultérieure "un taux de 5 à 10% supplémentaire" pourra alors se justifier, cas échéant, sur la base de l'événement de 2009. En conséquence, la CNA estime qu'il convient de trancher la question en l'état et à la lumière des circonstances déterminantes au moment litigieux, soit au moment de l'examen final de médecin d'arrondissement, en mai 2011. Au cas où le pronostic posé alors devait se révéler inexacte et qu'une aggravation devait se produire, demeurerait alors ouverte la possibilité d'une révision du cas, révision expressément réservée par le Dr S.\_\_\_\_\_. De surcroît, la CNA relève que l'appréciation de Dr S.\_\_\_\_\_ de mai 2011 s'inscrit parfaitement dans le prolongement des observations faites précédemment par le précédent médecin d'arrondissement, le Dr M.\_\_\_\_\_, par les experts du COMAI, à savoir les Drs J.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_, ainsi que par les médecins de la Clinique A.\_\_\_\_\_ et la Dresse Q.\_\_\_\_\_, radiologue. Il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter de ses conclusions motivées ce d'autant plus que l'avis du Dr C.\_\_\_\_\_, requis postérieurement à la décision sur opposition entreprise, ne comporte pas les contradictions que souhaite y voir le recourant par rapport aux précédentes appréciations médicales. Ainsi l'"épanchement" soi-disant "découvert" selon le recourant par ce praticien, est d'une part qualifié par ce médecin de "léger" et d'autre part, d'autres épanchements avaient également été "découverts" par le passé, en fonction des fluctuations normales de l'état de l'articulation de l'assuré.

Par duplique du 29 mars 2012, le recourant a confirmé ses conclusions. Il soutient "qu'il y a lieu de retenir que la décision entreprise est fondée sur un avis médical retenant en substance l'existence d'une arthrose fémoro-tibiale moyenne, avec discrètes douleurs à la palpation, sans épanchement, ne justifiant aucune mesure médicale particulière hormis une reprise d'activité physique" alors qu'à l'inverse, selon le recourant, "le diagnostic du Dr C.\_\_\_\_\_ fait état d'une gonarthrose stade IV, soit le stade le plus sévère, avec des douleurs en phase de flexion et extension, ainsi qu'à la palpation, un épanchement, une incapacité de travail à 100% et la pose d'une prothèse comme seule possibilité

médicale." Au regard de ce qui précède, le recourant estime ainsi que seule une expertise neutre peut permettre d'aboutir à un résultat probant.

Par réplique du 5 juillet 2012, la CNA a maintenu sa position.

**E.** Par courrier du 29 mai 2012, le conseil du recourant a informé le juge instructeur de la résiliation de son mandat.

### **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). La valeur litigieuse étant manifestement inférieure à 30'000 fr., la présente cause relève de la compétence d'un membre de la Cour des assurances sociales, statuant comme juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** 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.** 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 (ATF 125 V 413, consid. 2c, 110 V 48, consid. 4a ; RCC 1985 p. 53, consid. 3b).

Est seule litigieuse en l'espèce la question du taux de l'atteinte à l'intégrité subie par le recourant. Dans ce cadre, le recourant estime en outre que son droit d'être entendu a été violé.

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

D'après l'art. 25 al. 1 LAA, 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. Faisant notamment usage d'une délégation de compétence prévue à l'art. 25 al. 2 LAA, le Conseil fédéral a édicté l'art. 36 OLAA. Selon l'al. 2 de cette disposition réglementaire, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 OLAA. Cette annexe comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb ; 113 V 218 consid. 2a) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité désignées à l'annexe 3 OLAA s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain

assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage ; l'indemnité totale ne peut toutefois dépasser le montant maximum du gain annuel assuré (art 36 al. 3 OLAA). Les différents taux résultant de ces atteintes doivent être additionnés puis leur total est éventuellement pondéré, dans une appréciation d'ensemble, au regard des autres taux d'atteintes figurant dans les barèmes (RAMA 1998, U 296, p. 235 [spéc. p. 236]).

La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 OLAA et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C\_459/2008, consid. 2.1 du 4 février 2009).

Le Tribunal fédéral des assurances a consacré le caractère objectif ou égalitaire de l'IPAI, qui doit être fixée exclusivement en fonction de la gravité et de la durabilité de l'atteinte et non pas en fonction de la manière dont elle est vécue par l'assuré (ATF 113 V 218 consid. 4). La gravité de l'atteinte s'apprécie selon les constatations médicales. Elle doit être la même pour tous les assurés présentant le même status médical, sur la base des mêmes constatations médicales objectives. Elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous et il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné ou des effets particuliers ressentis par un assuré donné (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 218 consid. 4b et les références citées).

Il incombe au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (Gilg/Zollinger, Die Integritätsentschädigung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Berne 1984 p. 100 ss ; Frei, die Integritätsentschädigung nach art. 24 und 25 des Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Fribourg 1998, p. 68). Cette appréciation a lieu sur le plan médico-théorique et les facteurs subjectifs doivent être mis à l'écart. Les circonstances particulières (handicap dans les loisirs, âge, etc.) de l'assuré ne sont pas prises en considération dans la fixation de l'IPAI, ni la manière dont ce dernier ressent les douleurs.

**b)** De manière générale, le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231, consid. 5.1).

S'agissant de la valeur probante d'un avis médical émis par un médecin "interne" à la CNA, il est de jurisprudence constante que cette

dernière n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais plutôt comme organe administratif chargé d'exécuter la loi ; c'est la raison pour laquelle il convient de reconnaître pleine valeur probante à l'appréciation émise pas un médecin de la CNA aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 104 V 209 ; TFA U 71/00, consid. 2b du 5 septembre 2000).

Enfin, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPGA), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves ("appréciation anticipée des preuves" ; ATF 130 II 425, consid. 2.1, 122 II 464, consid. 4a, 122 III 219, consid. 3c, 120 Ib 224, consid. 2b, 119 V 335, consid. 3c et la référence citée). Une telle manière de procéder ne constitue pas une violation du droit d'être entendu (ATF 106 Ia 162 consid. 2b).

**4. a)** En l'espèce, la CNA a retenu un taux d'atteinte à l'intégrité de 15%, se fondant sur l'appréciation de son médecin d'arrondissement, le Dr S.\_\_\_\_\_.

Pour sa part, le recourant conteste la valeur probante de l'avis du médecin de la CNA invoquant les conclusions "divergentes" voire "contradictoires" retenues par le Dr C.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 22 septembre 2011. Il requiert à ce titre la mise en œuvre d'une expertise neutre.

**aa)** Sur le plan objectif, le Dr S.\_\_\_\_\_ a constaté de "discrètes douleurs à la palpation de l'interligne interne", une certaine "atrophie de la musculature", une "excellente stabilité dans le plan frontal et sagittal", avec un test de Lachmann, de même qu'un pivot-shift "normal", une mobilité du genou qualifiée "d'excellente", ainsi que l'absence d'épanchement, tuméfaction, érythème ou gradient thermique.

Sur la base de son examen clinique, le Dr S.\_\_\_\_\_ a estimé à 15% le taux d'IPAI pour les troubles présentés par le genou gauche du recourant. Se fondant sur la table 5 de la CNA (atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses) et "considérant une atteinte externe et fémoro patellaire déjà présente à l'IRM de mars 2010", le Dr S.\_\_\_\_\_ a estimé que "l'essentiel des lésions dégénératives était dû au premier événement survenu en 1992", lequel justifiait désormais un taux de 10%, tandis que l'événement de 2009 était "en partie responsable d'une dégradation de la situation sous forme de l'apparition d'une limitation fonctionnelle", laquelle justifiait un taux de 5%.

**ab)** Force est de constater que l'appréciation faite par le Dr S.\_\_\_\_\_ est tout à fait probante et suffisante pour résoudre la question litigieuse du taux d'atteinte à l'intégrité sous l'angle de la vraisemblance prépondérante. En effet, cette appréciation est fondée sur un examen minutieux du dossier médical (y compris les radiographies), sur les déclarations du recourant (y compris l'anamnèse) et sur un examen clinique complet et répond ainsi aux réquisits jurisprudentiels en la matière. Ce médecin a en effet examiné l'état de santé du recourant de manière exhaustive. Le raisonnement qu'il a mené est cohérent et, contrairement à ce que soutient le recourant, motivé : il explique quels taux il a pris en considération, eu égard à quelle table d'évaluation et au regard de quels autres éléments objectifs il a pondéré son appréciation. Cette manière de procéder est conforme au droit en tant qu'il s'agit, comme le rappelle la jurisprudence, de poser une appréciation strictement objective, laquelle ne tient par définition pas compte des éléments subjectifs que constituent notamment les souffrances endurées par le recourant. On rappellera par surcroît que le fait que ce praticien soit intervenu en qualité de médecin d'arrondissement de la CNA ne suffit pas non plus en soi à remettre en cause cette appréciation et cela d'autant plus qu'un assureur-accidents n'agit pas en qualité de partie, dans un cas concret, aussi longtemps qu'aucune procédure judiciaire n'est en cours, mais comme organe de l'administration chargé d'appliquer la loi (ATF 104 V 209 précité et TFA U 71/00, consid. 2b du 5 septembre 2000 précité). Au surplus, force est de constater que ce rapport s'inscrit dans le

prolongement des rapports médicaux antérieurs, à savoir ceux du Dr M. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> mars 1996, des experts du COMAI du 2 octobre 1997, de la Dresse Q. \_\_\_\_\_ du 25 mars 2010 ainsi que des médecins de la Clinique A. \_\_\_\_\_ du 2 décembre 2010. Dans ces circonstances, et en l'absence d'autres éléments médicaux probants qui mettraient en doute leurs bien-fondés, il convient de retenir les conclusions du Dr S. \_\_\_\_\_ et de confirmer le taux d'IPAI retenu.

Quant au rapport médical établi par le Dr C. \_\_\_\_\_ le 22 septembre 2011 que le recourant produit devant la Cour de céans, il sied de le déclarer irrecevable, étant rappelé que, de jurisprudence constante, le juge apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision administrative litigieuse a été rendue, en l'occurrence le 11 juillet 2011 (TF 9C\_182/2012 du 29 mars 2012 ; ATF 131 V 242 consid. 2.1 p. 243, 121 V 362 consid. 1b p. 366).

**b)** Il convient de rappeler qu'il y a lieu, lors du calcul de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, de tenir équitablement compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité dans la mesure où la survenance d'aggravations est vraisemblable et leur importance quantifiable (TF U 322/06 du 16 octobre 2006, consid. 5 ; RAMA 1998, p. 602, consid. 3b).

Dans le cas présent, le Dr S. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'en cas d'aggravation ultérieure, un taux de 5 à 10% supplémentaire pourrait être octroyé sur la base de l'événement de 2009.

**c)** Le dossier étant complet et permettant ainsi à l'autorité de céans de statuer en l'état en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner de complément d'instruction sous la forme d'une expertise, comme le demande le recourant, dont la requête doit être rejetée.

**5. a)** Le recourant invoque une violation du droit d'être entendu.

Consacré aux art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) et 42 LPGA, ce principe comprend notamment le droit de toute partie de prendre connaissance du dossier et de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision soit prise touchant sa situation juridique (ATF 136 I 265 consid. 3.2, 135 II 286 consid. 5.1). Par exception au principe de la nature formelle du droit d'être entendu, une violation de ce dernier est considérée comme réparée lorsque la partie lésée jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure et pouvant ainsi contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée (ATF 133 I 201 consid. 2.2, 129 I 129 consid. 2.2.3 ; TF 8C\_104/2010 du 20 septembre 2010 consid. 3.2). La réparation de la violation du droit d'être entendu doit toutefois rester l'exception (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; TF 1C\_104/2010 du 29 avril 2010 consid. 2.1) et n'est admissible que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de l'assuré (ATF 124 V 180 consid. 4b ; TF 1C\_104/2010 du 29 avril 2010 consid. 2.1). Néanmoins, même en cas de violation grave du droit d'être entendu, un renvoi de la cause pour des motifs d'ordre formel à l'instance précédente peut être exclu, par économie de procédure, lorsque cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige, ce qui n'est dans l'intérêt ni de l'intimé, ni de l'assuré dont le droit d'être entendu a été lésé (ATF 136 V 117 consid. 4.2.2.2, 133 I 201 consid. 2.2).

En procédure administrative, l'art. 42 LPGA consacre, de façon générale, le droit d'être entendu, mais permet aux autorités administratives d'en faire abstraction lorsque la décision à rendre est soumise à la procédure d'opposition (TFA C\_185/01 du 26 octobre 2004).

**b)** En l'occurrence, le recourant estime que le rapport du Dr S.\_\_\_\_\_ ne chiffre pas le pourcentage de l'IPAI et n'explique pas comment la répartition à raison de 10% pour l'accident de 1992 et 5% pour l'accident de 2009 a été effectuée. Le recourant relève ainsi que ni la

décision initiale du 7 juin 2011, ni la décision entreprise du 11 juillet 2011 n'explicitent ces éléments, ce qu'il ne lui permet pas de se déterminer.

D'emblée, il convient de considérer que le grief du recourant tombe à faux. On soulignera que la décision du 7 juin 2011 se réfère expressément à l'examen final du Dr S.\_\_\_\_\_. Or, les explications du Dr S.\_\_\_\_\_ dans son rapport médical final du 17 mai 2011 fournissent toutes les informations nécessaires pour comprendre ses conclusions et la justification du taux d'IPAI qu'il retient. On voit mal dans ces conditions comment le recourant pourrait ne pas être en mesure de se déterminer à satisfaction sur la position de la CNA, d'autant plus qu'il avait la possibilité, au besoin, d'agir dans le cadre de la procédure d'opposition.

Par surabondance, on soulignera que le recourant jouissait de la possibilité de s'exprimer librement devant l'autorité de céans dans la mesure où celle-ci dispose du même pouvoir d'examen que l'intimée et peut ainsi contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision entreprise. A ce titre, on relèvera que le recourant a fait usage de cette possibilité et a fait connaître ses griefs contre la décision litigieuse en pleine connaissance du dossier de sorte que son droit d'être entendu a été respecté dans tous les cas. Ainsi, même s'il devait être admis une violation du droit d'être entendu du recourant par l'intimée, ce que l'autorité de céans ne retient pas, ce vice serait réparé dans le cadre de la présente procédure.

**6.** Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision sur opposition rendue par la CNA le 11 juillet 2011 confirmée.

Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations en matière d'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite. En outre, il n'y a pas lieu, en l'espèce, d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la juge unique prononce  
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 11 juillet 2011 par la Caisse nationale d'assurance en cas d'accident est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaire ni alloué de dépens.

La juge unique :

Le greffier :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- K. \_\_\_\_\_,
- 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 :