

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 septembre 2014

Présidence de Mme DESSAUX
Juges : MM. Métral et Merz
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

F. _____, à Founex, recourant, représenté par Me Albert J. Graf, avocat à Nyon,

et

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

Art. 6 al. 1, 24 al. 1 et 25 LAA ; 22 al. 1 et 36 OLAA

E n f a i t :

A. Ressortissant suisse, né en 1986, F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), travaillait depuis le mois de juin 2008 en qualité de mécanicien polyvalent au service de l'entreprise G._____ SA à N._____. Il était à ce titre assuré obligatoirement contre les suites d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la caisse, la CNA ou l'intimée). L'assuré pratique par ailleurs diverses activités sportives, en particulier le football.

Le 14 novembre 2009, F._____ a été victime d'un accident de la circulation. Alors qu'il se trouvait assis à l'arrière, le conducteur du véhicule, pris de boisson, a perdu la maîtrise de ce dernier, s'encastrant dans l'angle d'une maison. Acheminé d'abord à l'Hôpital de N._____, l'assuré a ensuite été transféré au service de neurochirurgie de l'Hôpital Z._____, qu'il a quitté le 17 novembre 2009. Il a présenté un traumatisme crânio-cérébral avec de multiples fractures de la colonne cervicale.

Une intervention chirurgicale a été pratiquée en date du 11 février 2010 par le Dr R._____, spécialiste en neurochirurgie. Cette opération a consisté en une arthrodèse cervicale C6-C7 avec mise en place d'une cage intersomatique et d'une plaque vissée (cf. compte rendu opératoire du 31 mai 2010).

L'assuré a repris le travail à 50% dès le 10 mai 2010, puis à 100% à compter du 12 juillet suivant.

Une radiographie de la colonne cervicale (face, profil et dynamique) a été effectuée le 14 décembre 2010, à l'occasion d'une consultation du même jour chez le Dr R._____. Elle a notamment révélé un bon alignement des structures osseuses lors des mouvements de flexion et d'extension. En outre, le mur postérieur était correctement

aligné, de même que la ligne spino-lamaire. Il n'y avait pas de modification du remaniement de l'apophyse épineuse. Sur le plan morphologique, le status radiologique du jour était ainsi comparable au précédent datant du 22 septembre 2010 (cf. compte rendu du 15 décembre 2010). Un CT-scan du rachis cervical a été réalisé le même jour. Il a mis en évidence que la prothèse discale, la plaque antérieure et les vis étaient parfaitement positionnées et assuraient un alignement satisfaisant des murs antérieurs et postérieurs des corps vertébraux de C5 à C7. Il y avait une parfaite congruence des facettes articulaires postérieures gauche et droites, sans rétrécissement des trous de conjugaison gauche et droit. Les parties molles para-vertébrales étaient sans problèmes (cf. compte rendu du 15 décembre 2010).

Dans un rapport médical intermédiaire du 3 janvier 2011 dressé à la suite de cette consultation, le Dr R._____ a posé le diagnostic de fracture articulaire postérieure droite en C6 avec ostéosynthèse cervicale antérieure réalisée le 11 février 2010. Il a qualifié l'évolution de bonne et a considéré que le patient était désormais guéri, tant sur le plan clinique que radiologique, et qu'il ne présentait pas de séquelles.

L'assuré ayant exprimé le souhait de faire un complément de rééducation à la Clinique A._____, il a séjourné dans cet établissement du 8 mars au 6 avril 2011. Dans leur rapport du 6 mai 2011, auquel étaient joints un rapport de physiothérapie et divers documents radiologiques, les Drs C._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation et en rhumatologie, et S._____, médecin assistant, ont posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour cervicalgies persistantes. A titre de diagnostics supplémentaires, ils ont retenu, outre les lésions affectant la colonne cervicale consécutives à l'accident du 14 novembre 2009, les pathologies suivantes : une arthrose tibio-talienne gauche ; une entorse de la cheville gauche (malléole externe) récidivante depuis l'âge de 9 ans, les derniers épisodes étant survenus les 3 novembre 2009 et 5 mars 2011 ; une appendicectomie à l'âge de 8 ans et une lésion du ménisque interne gauche en 2006. Au

terme de leur examen, les médecins prénommés ont constaté que, grâce à la prise en charge multidisciplinaire, la nuque avait gagné en mobilité et en confort ainsi qu'en force-endurance. Ils ont considéré que la capacité de travail de l'assuré était entière dans sa profession dès le 7 avril 2011. En outre, en dépit des réserves émises par les médecins, l'assuré a indiqué qu'il reprendrait sous peu la pratique du football.

Le 29 avril 2011, l'employeur a résilié le contrat de travail de l'assuré avec effet au 31 juillet 2011.

Se plaignant de douleurs au genou gauche, l'assuré a consulté le Dr O._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a diagnostiqué, dans un rapport du 18 juillet 2011 à l'intention de la CNA, une rupture du ligament croisé postérieur du genou gauche, avec des épisodes de lâchage et des douleurs, ainsi qu'une instabilité. Il a adressé l'assuré au Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui a préconisé une plastie ligamentaire. Cette opération a eu lieu le 6 septembre 2011. Elle consistait en une reconstruction du ligament croisé postérieur gauche à l'aide du tendon quadricipital. Considérant que la déchirure de ce ligament était probablement en lien de causalité avec l'accident du 14 novembre 2009, la CNA a accepté de prendre en charge le coût de cette intervention.

Dans une lettre du 26 avril 2012 au conseil de l'assuré, Me Albert J. Graf, le Dr P._____ a écrit ce qui suit :

« Voici quelques informations concernant ce patient que je connais depuis le 5 juillet 2011.

Le 14 novembre 2009, il a eu un accident de voiture ; par la suite, il a présenté une insécurité du genou gauche. J'ai posé le diagnostic de rupture du ligament croisé postérieur gauche.

Le 6 septembre 2011, j'ai effectué une reconstruction du ligament croisé postérieur gauche. L'évolution est favorable. Lors du dernier contrôle le 25 avril 2012, le patient décrit un genou fonctionnel avec parfois quelques petites douleurs à l'effort sans influence sur ses activités.

A l'examen clinique, le genou est sec. L'amplitude articulaire est complète. Il persiste une petite laxité résiduelle postérieure compatible avec les résultats actuels après ce type de chirurgie.

La reprise du travail à 100% a été définie pour le 1^{er} mars 2012. »

D'une note d'entretien téléphonique du 17 juillet 2012 à la CNA, il ressort que la mère de l'assuré a notamment fait savoir que son fils avait bien récupéré au niveau du dos et du genou et qu'il avait pu reprendre la pratique du sport.

Le 12 novembre 2012, le Dr B._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à l'examen médical final de l'assuré. Dans son rapport daté du même jour, il a écrit ce qui suit en guise de conclusion :

« (...)

Actuellement, le patient dit que la nuque va bien mais qu'elle reste un peu douloureuse aux changements de temps. Le froid est mal supporté. Le patient a des tensions musculaires. Quant au genou gauche, il est stable, peu douloureux, avec une flexion légèrement limitée. Pour ce qui est de la cheville gauche, qui craque passablement à la mobilisation, comme la droite, elle est sensible si le patient marche longtemps, en fin de journée.

A l'examen clinique, on est en présence d'un jeune homme longiligne, qui ne semble avoir aucune limitation fonctionnelle notable.

Objectivement, il n'y a pas de syndrome vertébral au niveau cervical, pas de signe d'atteinte médullaire ou radiculaire. Quant au genou gauche, il ne présente aucun signe réactif local et il a récupéré une très bonne mobilité. Il n'y a pas de laxité dans le plan frontal. On note un tiroir postérieur résiduel mais il n'y a pratiquement pas d'avalement de la tubérosité tibiale antérieure. La course du Lachmann n'est pas allongée. Il n'y a pratiquement pas d'amyotrophie de la cuisse gauche et le genou a une très bonne force.

Le traitement est terminé.

La capacité de travail est entière.

Il est vraisemblable que la déchirure du ligament croisé postérieur, longtemps méconnue, est bien consécutive à l'accident du 14 novembre 2009.

En revanche, l'arthrose tibio-talienne gauche est clairement antérieure à cet accident et elle ne concerne pas la Suva, faisant

suite à des entorses de la cheville gauche à répétition depuis l'âge de 9 ans.

Si on se réfère à la table 7 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N° 2870/7.f-2004, un taux de 10% peut être retenu en présence de douleurs modérées, rares ou nulles au repos, disparaissant complètement et rapidement (+), dans le cadre d'un status après spondylodèse C6-C7.

A ces 10%, il convient d'ajouter 5% en raison d'une laxité résiduelle du genou gauche, conformément à la table 6 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N° 2870/6.f-2004.

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité totale se monte ainsi à 15%.

Elle prend en compte une certaine aggravation prévisible. »

Par décision du 20 novembre 2012, la CNA a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un montant de 18'900 fr. pour les séquelles de l'accident du 14 novembre 2009. Le calcul du montant octroyé se fondait sur le montant maximal du gain assuré en vigueur le jour de l'accident, soit 126'000 fr. S'appuyant sur les conclusions de son médecin d'arrondissement, la caisse a retenu une atteinte à l'intégrité à hauteur de 15%.

Le 19 décembre 2012, l'assuré a formé opposition contre cette décision. Il s'est réservé de compléter son acte à réception du dossier intégral de la caisse, ce qu'il a fait en date du 26 mars 2013.

Par décision du 19 avril 2013, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré et confirmé sa décision initiale.

B. Par acte du 22 mai 2013, F._____ a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud. Il reproche en premier lieu à l'intimée de ne s'être fondée que sur le rapport de son médecin d'arrondissement, le Dr B._____, pour fixer la quotité de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Le recourant qualifie cette démarche d'arbitraire. Il estime dans un second grief que ce rapport souffre de lacunes, dès lors que le médecin d'arrondissement « n'examine pas les douleurs et leurs ampleurs en activités professionnelles et sportives éventuelles ». Pour étayer son argumentation, le recourant

signale dans ce contexte avoir été déclaré inapte au service militaire à la suite de l'accident du 14 novembre 2009. En outre, le Dr B. _____ n'explique pas quelle forme revêtira l'aggravation qu'il mentionne dans son rapport, ni quand et avec quelle intensité celle-ci se manifestera ni quelles en seront les conséquences. Le recourant fait enfin grief à l'intimée de ne pas indiquer sur quels éléments elle se base pour retenir un gain maximum annuel assuré de 126'000 fr. En conséquence, il conclut, avec suite de frais et dépens, préalablement à la mise en œuvre d'une expertise médicale neutre et objective, un délai lui étant fixé pour le dépôt d'un questionnaire. Il demande en outre à pouvoir déposer un mémoire complémentaire une fois l'expertise réalisée. A titre principal, il conclut à ce qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité soit fixée à un montant qui sera chiffré dans le mémoire complémentaire faisant suite au dépôt du rapport d'expertise (chiffre IV) et à ce qu'une « indemnité future imprescriptible liée à l'évolution de l'état de santé [soit] expressément réservée en sus de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle due qui sera versée. »

Dans sa réponse du 26 juin 2013, l'intimée conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle estime que l'appréciation à laquelle a procédé le Dr B. _____ dans son rapport du 12 novembre 2012 est le fruit d'un examen complet et approfondi, ce médecin décrivant clairement la situation médicale et motivant de façon convaincante ses conclusions. De plus, son évaluation concorde dans une large mesure avec celle ressortant des principales pièces médicales au dossier. L'intimée rappelle par ailleurs que la fixation de l'atteinte à l'intégrité incombe au médecin et qu'en l'occurrence, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'évaluation du Dr B. _____, lequel a analysé le cas en toute objectivité puisqu'il s'est fondé pour ce faire sur les barèmes officiels. L'intimée souligne encore que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité concerne l'atteinte subie par l'assuré, sans égard à ses activités et à son ressenti. Ainsi, le fait qu'il soit inapte au service militaire, la perte de son expérience professionnelle et le fait qu'il ne puisse pas travailler debout ne constituent pas des critères pertinents pour l'appréciation de l'atteinte à l'intégrité. Enfin, l'intimée renvoie le recourant à l'art. 22 OLAA

(ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202) s'agissant de la quotité du gain assuré retenue.

Les parties ont maintenu leurs conclusions respectives au cours du second échange d'écritures.

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 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile 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). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent et satisfaisant aux conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

b) La loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; 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). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). En l'absence de conclusions chiffrées, le présent litige doit être tranché par le tribunal dans une composition ordinaire de trois juges (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01] et 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD).

2. Le litige porte sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité allouée au recourant.

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, si la 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. Conformément à l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Le versement de prestations exige que soit réalisée la condition de l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 177 consid. 3.1. et 3.2). Les prestations de l'assurance-accidents obligatoire comprennent notamment les prestations en espèce versées à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 et 25 LAA).

b) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite d'un accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Aux termes de l'art. 36 al. 1 OLAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave.

L'atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel anatomique ou fonctionnel, mental ou psychique. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives. De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'importance prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin (cf. TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3 et les références). Il incombe donc 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. Ainsi, ils doivent, d'une part, constater

objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (cf. TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2 et les références).

b) 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. Celle-ci s'apprécie, on vient de le voir, d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (cf. ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b et les références ; TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1). La fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité dépend en effet uniquement de facteurs médicaux objectifs valables pour tous les assurés, sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (handicap dans les loisirs, âge, manière dont les douleurs sont ressenties, etc.).

Aux termes de l'art. 25 al. 2 LAA, le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité. Il a fait usage de cette délégation de compétence à 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 à l'OLAA.

c) L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (cf. ATF 124 V 29 consid. 1b et les références). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à

l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (cf. ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1 et les références). La table 6 concerne l'indemnisation des atteintes à l'intégrité en cas d'instabilité articulaire. Une instabilité modérée d'un ou deux ligaments croisés du genou entraîne une atteinte à l'intégrité située entre 0 et 5%. La table 7 traite de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale. Elle prévoit l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité en fonction, d'une part, de l'appréciation des douleurs fonctionnelles et, d'autre part, du degré de déformation en cas de fractures cervicales, dorsales ou lombaires, y compris spondylodèse, cyphose ou scoliose. L'appréciation des douleurs fonctionnelles s'échelonne en quatre degrés, de la manière suivante :

- « 0 » = pas de douleurs notables, limitation fonctionnelle minime et rare, survenant surtout aux efforts importants.
- « + » = douleurs modérées après mobilisation, rares ou nulles au repos, disparaissant complètement et rapidement (1 à 2 jours).
- « ++ » = douleurs minimales permanentes, même au repos, accentuées par les efforts.
- « +++ » = douleurs permanentes plus ou moins intenses, également la nuit et au repos ; charge supplémentaire impossible. Ces douleurs ne diminuent que lentement, après aggravation.

d) 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 dépasser le montant maximum du gain annuel assuré ; il est tenu compte, dans le taux d'indemnisation, des indemnités déjà reçues en vertu de la loi (art. 36 al. 3 OLAA). Quant à l'al. 4 de cette disposition, il prévoit qu'il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité. Une révision n'est

possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible.

4. a) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 125 V 351 ss consid. 3 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1 et la référence).

On rappellera que d'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins de la CNA aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (cf. ATF 125 V 35 sv. consid. 3b/ee ; TF U 476/06 du 17 septembre 2007 consid. 2).

b) Cela étant, même en tenant compte de la jurisprudence récente de la Cour européenne des droits de l'homme sur le principe de l'égalité des armes, tiré du droit à un procès équitable garanti par l'art. 6 par. 1 CEDH (Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101), 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 p. 468). 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 p. 471 ; TF 9C_800/2013 du 7 mars 2014 consid. 3.3).

5. Le recourant reproche à l'intimée de s'être fondée sur la seule évaluation effectuée par son médecin d'arrondissement, le Dr B._____, pour fixer la quotité de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Au demeurant, dite appréciation ne serait pas concluante, car elle procéderait d'un examen insuffisamment approfondi et recèlerait plusieurs lacunes.

Tel n'est pas l'avis de l'intimée qui considère au contraire que le rapport du Dr B._____ est suffisamment précis pour rendre compte en toute connaissance de cause de la situation médicale du recourant, fondant ainsi la décision querellée. Il est par ailleurs exempt de contradictions et concorde dans une large mesure avec les divers rapports médicaux versés au dossier.

a) Le point de vue de l'intimée doit être suivi. Satisfaisant aux réquisits jurisprudentiels, le rapport du Dr B._____ du 12 novembre 2012 peut en effet se voir conférer une pleine valeur probante. Ce médecin a examiné personnellement le recourant et avait à sa disposition les pièces médicales versées au dossier administratif, le recourant ne soutenant au demeurant pas que le Dr B._____ aurait négligé des informations issues d'autres rapports médicaux. Il a par ailleurs pris note des plaintes de l'assuré et en a objectivement tenu compte dans l'évaluation du taux d'atteinte à l'intégrité. Son appréciation est exhaustive, motivée et concorde avec les observations des Drs R._____ et P._____, ainsi que les constats issus des examens d'imagerie et radiologiques. En retenant qu'il n'y a objectivement pas de syndrome vertébral au niveau cervical, ni signe d'atteinte médullaire ou radiculaire, le Dr B._____ ne s'écarte pas de l'appréciation du Dr R._____, qui considère que l'assuré est guéri,

puisqu'il ne présente plus de séquelles sur ce plan. De leur côté, les médecins de la Clinique A._____ retiennent une amélioration de la mobilité, de l'équilibre et de la force du rachis cervical. Quant aux examens radiologiques pratiqués en décembre 2010 (CT-scan du rachis cervical et radiographie de la colonne cervicale), ils ne font pas état de lésions significatives. S'agissant du genou gauche, le Dr B._____ note que celui-ci ne présente aucun signe réactif local, l'assuré ayant récupéré une bonne mobilité. Il n'y a pas de laxité dans le plan frontal même si un tiroir postérieur résiduel est observé. Il n'y a pas d'amyotrophie de la cuisse gauche et le genou a une très bonne force. Ces constatations se superposent dans une large mesure à celles du Dr P._____ selon lesquelles, à l'examen clinique, même s'il persiste une petite laxité résiduelle postérieure, au demeurant compatible avec les résultats de l'intervention pratiquée, le genou est sec et l'amplitude articulaire complète. Du reste, l'assuré décrit un genou fonctionnel, même s'il ressent parfois quelques petites douleurs à l'effort, lesquelles n'influencent toutefois pas ses activités. A l'issue de son examen clinique, le Dr P._____ peut dès lors conclure à une évolution favorable, à l'instar du Dr R._____ en ce qui concerne la colonne cervicale. Par ailleurs, la mère de l'assuré, dans un entretien téléphonique du 17 juillet 2012 à l'intimée, a déclaré que son fils avait bien récupéré tant au niveau du dos que du genou. Enfin, l'assuré a indiqué au Dr B._____ qu'il n'était plus suivi sur le plan médical et qu'il ne prenait plus aucun traitement, notamment antalgique (cf. rapport d'examen médical final du 12 novembre 2012, p. 4). On peine donc, dans ces conditions, à distinguer quels éléments au dossier s'inscriraient en porte-à-faux des conclusions du Dr B._____. Au reste, le recourant n'a produit aucun élément médical susceptible de les mettre en doute.

b) Cela étant, le recourant estime que le taux d'atteinte à l'intégrité de 15% retenu par l'intimée sur la base de l'appréciation du Dr B._____ devrait être réévalué, dans la mesure où il ne tient pas compte de certains facteurs, tels que l'inaptitude au service militaire ainsi que les douleurs ressenties, lesquelles l'entravent tant sur le plan professionnel que dans le cadre de sa pratique sportive.

C'est ici le lieu de rappeler que, conformément à la jurisprudence résumée ci-avant (cf. consid. 3b ci-dessus), la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité dépend uniquement de facteurs médicaux objectifs valables pour tous les assurés, sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel. Constituent des facteurs subjectifs sans pertinence pour l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité, l'inaptitude au service militaire, la perte d'emploi et d'expérience professionnelle, l'impact sur les activités sportives et la manière dont les douleurs sont ressenties. Il en va de même pour les répercussions de l'atteinte à la santé sur l'exercice de la profession, lesquelles relèveraient le cas échéant de l'octroi d'une rente d'invalidité. L'octroi éventuel de cette prestation n'est toutefois pas litigieux en l'espèce. En faisant ainsi abstraction des circonstances particulières du cas concret, c'est à juste titre que le Dr B._____ n'a pas tenu compte des inconvénients spécifiques qu'une telle atteinte entraîne pour le recourant.

Subsiste la question de savoir si l'atteinte à l'intégrité a en l'occurrence été correctement évaluée.

c) S'agissant de l'application des tables 6 et 7, le Dr B._____ a correctement évalué les atteintes. Pour le genou, une instabilité légère ne donne pas lieu à indemnisation, une instabilité modérée se rapportant à un ou deux ligaments croisés donne droit à une indemnité de 0 à 5%. Le Dr B._____ a néanmoins retenu le taux maximum pour une instabilité modérée et sachant que le Dr P._____ qualifie de « petite » la laxité résiduelle postopératoire, le taux aurait pu être théoriquement de 0% plutôt que de 5%. On en déduit que le Dr B._____ a ainsi pris en compte l'aggravation prévisible. Pour la fracture cervicale, la table 7 ne retient pas, en matière de spondylodèse, la grandeur de la plaque et des vis dans les critères de calcul de telle sorte que le Dr B._____ n'avait pas à la prendre spécifiquement en compte dans son appréciation. On relèvera au demeurant que ces indications figurent dans le compte rendu opératoire du Dr R._____. Le taux pour une fracture cervicale avec spondylodèse présentant une courbure égale ou inférieure à 10 degrés est fonction de

l'existence, respectivement de l'importance des douleurs fonctionnelles. En l'espèce, si l'on reprend les déclarations de l'assuré, selon lesquelles la nuque est un peu douloureuse, on ne peut que constater que le Dr B._____ a correctement classé les douleurs dans la catégorie « + ». Cela étant, au vu de l'échelle prévalant pour les douleurs classées en « + », il est manifeste que le taux de 10% comprend également l'aggravation prévisible. De jurisprudence constante, la règle de l'art. 36 al. 4 OLAA ne vise que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (RAMA 1998 n° U 320 p. 602 consid. 3b et la référence). En l'occurrence, l'assuré est présumé guéri. Plus aucun traitement, ni nouvelle opération ne sont envisagés. En de telles circonstances, en prenant en compte « une certaine aggravation prévisible », le Dr B._____ anticipe manifestement sur une vraisemblable aggravation, au niveau des articulations lésées, du phénomène de dégénérescence évolutive lié au processus normal du vieillissement. Aucun document au dossier ne permet de s'élever contre l'appréciation du Dr B._____ sur ce point. Pour le surplus, l'assuré bénéficie d'un droit à la révision si une aggravation importante et non prévisible devait se produire, en l'occurrence une aggravation excédant de manière exceptionnelle celle propre à la dégénérescence induite par le vieillissement.

Sur le vu de ce qui précède, le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15% doit ainsi être confirmé, ceci en fonction des changements de temps, avec tensions musculaires.

d) Le recourant reproche encore à l'intimée de ne pas avoir explicité le gain maximum annuel assuré de 126'000 fr. lui ayant servi de base pour le calcul de l'indemnité allouée. Ce montant ressort explicitement de l'art. 22 al. 1 OLAA en application de l'art. 18 LPGA, auquel il suffit de renvoyer le recourant.

6. Le recourant sollicite la mise en œuvre d'une expertise médicale neutre et objective.

a) Si l'administration ou le juge, 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; cf. ATF 131 I 153 consid. 3 p. 157; 125 I 127 consid. 6c/cc p. 135). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; cf. ATF 124 V 90 consid. 4b p. 94; 122 V 157 consid. 1d p. 162 et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

b) Le dossier étant complet sur le plan médical, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise neutre, telle que requise par le recourant. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. Dans la mesure où les conclusions rapportées par le Dr B. _____ sont étayées par les données cliniques au dossier, il ne se justifie pas de compléter l'instruction en vue de pallier la prétendue absence de constatations médicales objectives. Ainsi, quoi qu'en dise le recourant, le dossier constitué ne souffre d'aucune lacune, de sorte que toute mesure d'instruction complémentaire apparaît superfétatoire.

7. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. Il n'est pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni alloué de dépens, vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 19 avril 2013 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Albert J. Graf, avocat (pour F. _____),
- 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 :