

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 mai 2016

Composition : Mme THALMANN, président
Mme Rossier et M. Gutmann, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

T. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me François Chanson,
avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée, représentée par Me Olivier Derivaz, avocat à Monthey.

**Art. 7, 8 al. 1 et 16 LPGA; 6 al. 1, 18 al. 1, 19 al. 1, 24 al. 1 et 25
al. 1 LAA ; 24 al. 2 et 36 al. 1 OLAA**

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1976, travaillait depuis le 1^{er} juillet 1999 en qualité de manutentionnaire - fabricant auprès de l'entreprise J._____ à [...]. Il était assuré à titre obligatoire pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Selon la déclaration d'accident signée par l'employeur le 11 mai 2004, il a été victime d'un accident non professionnel, le 6 mai 2004 à 18h.30, les parties du corps atteintes étaient la cheville (fracture) et le genou (contusion).

Dans un rapport relatif à une IRM du genou gauche du 27 mai 2004, le Dr P._____, radiologue au Centre d'Imagerie [...] ([...]) à [...], a conclu à une chondropathie rotulienne de grade I à II avec repli synovial et à une déchirure horizontale dans la corne postérieure du ménisque interne et lésion mucoïde de grade II dans la corne postérieure du ménisque externe sans déchirure visible.

A teneur d'un protocole d'arthroscopie consécutif à l'hospitalisation du 15 au 16 juin 2004 de l'assuré pour gonalgie récidivante et status après distorsion du genou gauche, le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur à la Clinique [...] à [...], a posé les diagnostics de lésion grade II du ménisque interne et de déchirure incomplète inférieure périphérique de la corne postérieure du ménisque externe au niveau du hiatus poplité. Le geste exécuté consistait en un needling du compartiment interne. Ce chirurgien n'excluait pas en cas de persistance / progression des symptômes s'agissant du ménisque externe, l'indication d'une méniscectomie.

Par décision du 1^{er} juillet 2004, la CNA a servi ses prestations (indemnités journalières) à l'entreprise J. _____ pour la période du 10 mai au 30 juin 2004.

Dans un rapport du 19 juillet 2004, le Dr K. _____, spécialiste en médecine du sport, a posé les diagnostics de fissure au niveau du tiers inférieur du péroné de la jambe gauche et de suspicion de déchirure du ménisque interne gauche.

Selon une « Feuille-accident LAA » complétée le 27 juillet 2004 par le Dr K. _____, l'assuré était en incapacité de travail à 100% du 10 mai 2004 au 1^{er} août 2004.

Dans un rapport intermédiaire du 22 septembre 2004, le Dr L. _____ a mentionné une évolution dans le sens d'une amélioration avec des douleurs « de temps en temps » lors de montées / descentes. Il retenait une capacité de travail à 100% dès le 2 août 2004 en précisant que licencié, son patient était sans travail.

Les 26 octobre 2004, 7 janvier, 30 mai, 24 août et 31 octobre 2005, l'assuré a répondu à la CNA que le traitement médical auprès du Dr L. _____ n'était pas terminé.

Dans un rapport relatif à une IRM du genou gauche du 5 juillet 2005 adressé au Dr L. _____, le Dr B. _____, radiologue, a fait les constatations suivantes :

"CONCLUSION :

Altérations du signal de l'os spongieux sous-cortical au niveau de la partie antérieure du plateau tibial externe dans le cadre d'une possible contusion osseuse.

Lésion de grade II de la corne antérieure du ménisque externe et dégénérescence mucoïde de la corne postérieure du ménisque interne.

Pas de lésion ligamentaire ou musculaire visualisée."

Le 20 février 2006, le Dr L._____ a fait part d'une évolution défavorable avec la persistance de gonalgies des compartiments internes et externes, une nouvelle arthroscopie avec éventuellement une méniscectomie étant prévues.

B. Par déclaration du 6 mars 2006, l'entreprise W._____ à [...], nouvel employeur depuis le 1^{er} mai 2005, a annoncé un cas de rechute de l'état de santé de l'assuré. Selon les « Feuilles-accident LAA » transmises, ce dernier était en incapacité de travail à 100% dès le 15 février 2006.

Dans un protocole d'arthroscopie consécutif à une nouvelle hospitalisation de l'assuré du 15 au 16 février 2006, le Dr L._____ a posé les diagnostics de lésion du cartilage du condyle externe et de déchirure de la corne antérieure du ménisque externe du genou gauche. Le geste pratiqué consistait en une arthroscopie et une chondroplastie (par abrasion de la zone d'ulcération du condyle externe). Ce chirurgien n'excluait pas en cas de persistance des symptômes du ménisque externe, l'indication d'une méniscectomie, un traitement par visco-supplémentation étant en outre indiqué à son avis.

Le 4 avril 2006, le Dr L._____ a mentionné une évolution dans le sens d'une amélioration lente sans plus amples précisions quant à la capacité de travail de l'assuré.

L'assuré a été examiné le 26 avril 2006 par le Dr V._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement qui a indiqué notamment ce qui suit dans son rapport du même jour :

"APRECIATION :

Chez cet assuré de 30 ans, ferrailleur, nous sommes à bientôt 2 ans d'une lésion interne du genou gauche ayant fait l'objet à l'époque d'une arthroscopie qui révélait une déchirure du ménisque externe incomplète.

Après reprise du travail, une réapparition de douleurs en février 2006 a conduit à pratiquer une nouvelle arthroscopie qui révèle une petite déchirure des ménisques interne et externe associée à un ulcère cartilagineux du condyle fémoral externe assez étendu.

Il a été procédé à une abrasion de la zone d'ulcération suivie d'une visco-supplémentation.

Actuellement, l'amélioration est encore peu marquée et compte tenu des lésions décrites, il est prématuré d'envisager une reprise du travail avant plusieurs semaines.

Au vu des lésions cartilagineuses condyliennes dans une zone de charge, on peut se demander s'il ne faudrait pas d'emblée envisager un reclassement professionnel, l'activité [de] manutentionnaire avec port de charge[s] importante[s] étant susceptible d'aggraver les lésions cartilagineuses et favoriser une évolution arthrosique."

Selon un descriptif du poste de travail établi le 15 mai 2006 par l'un des inspecteurs de la CNA, dans son poste d'ouvrier de conditionnement à 100% auprès de J._____, l'assuré travaillait en position debout affecté au remplissage de boîtes de peintures ; durant le remplissage, il lui était possible de s'asseoir ou à tout le moins de prendre appui sur un établi derrière lui. Le 90% des poids était inférieur à 5 kg et le reste entre 6 et 20 kg, étant précisé qu'à raison de deux fois par semaine environ des bidons de 20 kg étaient à remplir puis à déposer sur une palette. Il n'existait en outre pas de travaux de manutention plus légers réalisables au sein de cette entreprise.

Dans un rapport intermédiaire du 19 septembre 2006, le Dr L._____ a posé les diagnostics de status après chondroplastie (du condyle fémur externe) et de lésion de la corne antérieure du ménisque externe au genou droit (recte : gauche). Ce chirurgien notait ce qui suit en lien avec l'évolution et de l'état actuel de son patient :

"Nous avons reporté l'arthroscopie pour cure de la déchirure du ménisque externe car entre-temps, nous avons observé une nette amélioration de la symptomatologie algique. Le patient a repris son travail à 50% le 28.8.06, la reprise totale est envisagée pour le 1.10.06. Le cas reste en observation et selon évolution future, une arthroscopie de ce genou s'avérera nécessaire."

Par décision du 6 octobre 2006, la CNA a informé l'assuré de la fin du paiement de ses prestations avec effet au 1^{er} octobre 2006 au soir compte tenu d'une pleine capacité de travail reconnue par le Dr L._____ selon rapport du 19 septembre 2006.

C. Dans un rapport intermédiaire du 16 mai 2007, le Dr L. _____ a posé le diagnostic de déchirure de la corne antérieure du ménisque externe du genou gauche. Il décrivait la persistance d'une symptomatologie algique intermittente localisée au niveau antéro-externe du genou gauche, parfois accompagnée d'épanchements modérés. Il estimait qu'à long terme une cure de lésion méniscale était inévitable, un tel traitement n'étant pas envisageable en l'état par son patient qui craignait pour son emploi.

D. Par déclaration de sinistre du 19 mai 2009, l'entreprise W. _____ a annoncé que l'assuré avait subi un accident sur son lieu de travail le 30 avril 2009 à 15h.00. Elle décrivait l'accident comme il suit : « est tombé sur le genou le premier sur une caisse de fer à coffrage ». Le genou atteint était le genou gauche. Le travail a été interrompu dès le lendemain.

Le 16 juin 2009, l'assuré a informé la CNA de la faillite annoncée par son employeur, le dernier mois de travail rémunéré étant mai 2009.

Dans un rapport du 17 juillet 2009, le Dr N. _____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant à [...], a indiqué que son patient était en incapacité de travail à 100% dès le 4 mai 2009. Il a joint les pièces médicales suivantes :

- un rapport concernant une IRM du genou gauche du 2 juin 2009 du Dr G. _____, radiologue à la Clinique [...] à [...], mettant en évidence des signes d'œdème au niveau de l'os sous-cortical dans la partie postérieure du condyle externe versus petite ostéochondrite, une lésion de grade I dans les ménisques (mais sans signe de déchirure), un petit épanchement articulaire ainsi qu'un kyste poplité ;

- un rapport du 13 juillet 2009 du Dr L. _____ adressé au Dr N. _____, à la teneur suivante :

“Je me permets de vous soumettre quelques mots au sujet du patient susmentionné, qui souffre de gonalgies associées à un épanchement permanent de son genou gauche depuis une contusion le 30.04.09 lors de son travail.

L'examen par IRM démontre un foyer de chondrite sur le versant postérieur du condyle du fémur externe.

Vu la persistance et l'absence d'améliorations des symptômes algiques et cliniques, nous avons prévu une arthroscopie pour chondroplastie et éventuellement ablation de souris articulaires.”

L'assuré a été hospitalisé du 24 au 25 juillet 2009 à la Clinique [...]. Le Dr L. _____ a procédé à une arthroscopie et à une chondroplastie. Les suites post-opératoires permettaient une charge complète et des exercices de mobilisation et musculaires. Ce chirurgien indiquait en outre qu'une mosaïque plastie du condyle interne pouvait être indiquée selon l'évolution.

Le 25 août 2009, l'assuré a déclaré à l'inspecteur X. _____ de la Suva [...] suivre de la physiothérapie deux à trois fois par semaine et avoir encore passablement de douleurs, le prochain contrôle étant prévu le 16 septembre suivant chez le Dr L. _____. T. _____ indiquait par ailleurs être sans emploi.

Par décision du 9 novembre 2009 annulant et remplaçant un courrier du 6 octobre 2009, la CNA a indiqué à l'ex-employeur W. _____ qu'elle versait ses prestations (indemnités journalières) directement à l'assuré avec effet dès le 1^{er} mai 2009 pour les suites (rechute) de l'accident non professionnel survenu le 6 mai 2004.

Dans un rapport intermédiaire du 20 novembre 2009, le Dr L. _____ a posé les diagnostics de vaste zone de chondrite, zone de charge du condyle interne, de status après chondroplastie et de status après rupture proximale LCA (ligament croisé antérieur). S'agissant de l'évolution, il relevait la persistance d'une gonalgie chronique au niveau du compartiment interne du genou gauche associée à une importante

insuffisance musculaire de la cuisse gauche, la montée et la descente d'escaliers étant impossible.

Dans son rapport d'examen du 14 décembre 2009, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement, a indiqué ce qui suit :

“DIAGNOSTIC :

Souffrance du genou gauche à la charge essentiellement d'une lésion cartilagineuse de localisation incertaine et d'une possible insuffisance ligamentaire du LCA. Amyotrophie majeure.

EN RESUME :

Notre assuré, manutentionnaire de fabrication chez J._____ est protagoniste d'un accident de gymnastique puis d'une chute dans la rue en 2004, ce qui entraîne une arthroscopie du genou gauche qui aurait mis en évidence des problèmes méniscaux, avec un cartilage encore intact.

Nouvelle arthroscopie en 2006 au cours de laquelle un LCA distendu est trouvé ainsi qu'une lésion cartilagineuse au niveau de la trochlée et sur le condyle externe.

Le 30.04.2009, nouvel accident en heurtant une caisse métallique et nouvelle arthroscopie. Le LCA est décrit comme rupturé et une vaste zone d'atteinte cartilagineuse décrite en zone de charge du condyle interne. A noter une IRM le 2.6.2009 décrivant des croisés intacts.

Les plaintes **subjectives** d'aujourd'hui font état de douleurs pratiquement constantes empêchant la marche prolongée, induisant quelques réveils nocturnes, parfois enflure. Des douleurs seraient également présentes en physiothérapie. Nécessité de médication antalgique et anti-inflammatoire intermittente. Difficultés surtout à la montée/descente des escaliers. La conduite ne serait possible que sur voiture automatique.

Objectivement, dans un cadre grevé de quelques traits appuyés (Verdeutlichung), je retiens une minime boiterie avec, surtout en arrivant et en partant de la salle d'examen, une démarche assez lente. Sautillement unipodal limite impossible. Accroupissement incomplet. Importante amyotrophie de la cuisse et du mollet avec un genou présentant quelques signes inflammatoires, essentiellement sous forme d'un épanchement mineur. Je n'ai pas trouvé de grosse instabilité et la mobilité est correcte.

Du point de vue asséculoologique, l'activité sur les chantiers paraît d'ores et déjà compromise de façon permanente. Sous peine de voir ce genou se dégrader très rapidement, un geste sur le cartilage semble médicalement indiqué sous forme de mosaic plasty ou de toute autre intervention efficace au niveau de la couche cartilagineuse, sans exclure complètement une réflexion vers une

éventuelle ostéotomie. Dans ce contexte, je m'exprime du point de vue purement médical, en sachant que plusieurs techniques ne sont pas couvertes par la LAA.

Pour préciser tout cela, je pense que, comme suggéré par l'administration, une évaluation lors d'un séjour à la CRR est utile, à pratiquer début 2010 au retour du patient de ses vacances au Kosovo, le week-end du 09-10.01.2010. J'annonce le patient à la CRR.

Le patient se déclare d'accord avec ce programme.”

Le même jour, l'assuré a déposé une demande de prestations pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'Office AI) en relation avec les troubles à son genou gauche depuis 2004.

L'assuré a séjourné du 17 février au 11 mars 2010 à la Clinique Romande de Réadaptation (CRR) à [...]. Dans un rapport du 30 mars 2010 adressé au Professeur D. _____ de la Clinique de chirurgie orthopédique de l'Hôpital [...] ([...]), le Dr Z.Z. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, écrivait ce qui suit :

“J'ai déjà vu 2 x ce patient à la clinique de rééducation de Sion et ce patient est également connu par le Dr H. _____ de l'agence de la Suva à [...].

Il nous pose le problème suivant, soit qu'il garde des douleurs malgré un traitement anti-inflammatoire, une infiltration et une rééducation attentive du genou gauche, ceci après de multiples arthroscopies et nettoyage du cartilage. On vient de faire un arthro-CT au CHUV et ce dernier montre des lésions cartilagineuses du condyle interne mais aussi un peu sur le condyle externe et le plateau tibial externe.

Par ailleurs, cliniquement, le patient est normo-axé, sur des schuss il n'a pas de gros pincement et on est un peu perplexe, les rééducateurs et moi-même, quant à savoir s'il faut poursuivre un traitement par anti-inflammatoire et chondroprotecteur ou si au contraire il faudrait proposer à ce patient qui continue de se plaindre de douleurs plutôt du compartiment interne, quelque fois du compartiment externe, une mosaïque-plastie. N'ayant pas d'expérience de cette chirurgie, je serais content que tu voies le patient avec l'ensemble de ses examens, que tu nous dises s'il y a une indication à faire une telle chirurgie ou pas et si tu penses qu'elle est peut-être utile pour ce patient de te mettre en contact avec le Dr H. _____ pour être sûr qu'il soit d'accord qu'on réalise une intervention chez ce patient.”

Dans leur rapport du 14 avril 2010, les Drs C._____, spécialiste en rhumatologie, et S._____, médecin-assistant de la CRR, ont posé les diagnostics suivants :

“DIAGNOSTIC PRIMAIRE

- Thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1)

DIAGNOSTICS SECONDAIRES

06.05.2004 : accident lors de l'entraînement avec torsion de la cheville gauche et chute sur le genou gauche

15.06.2004 : arthroscopie genou gauche : clivage de la corne postérieure du ménisque interne sans rupture de continuité, needling du compartiment interne

15.02.2006 : arthroscopie : chondrite avec vaste zone de cartilage ulcéré sur le versant postéro-externe du condyle fémoral externe, déchirure longitudinale périphérique de la corne antérieure du ménisque externe avec shaving du cartilage

30.04.2009 : accident avec blessure au genou gauche en heurtant une caisse métallique

24.07.2009 : arthroscopie : vaste zone de chondrite fémorale sur condyle interne avec shaving et ablation de souris

arthro-CT du genou gauche (18.03.2010) : lésion de chondropathie fémoro-tibiale, du cartilage condylien interne et du cartilage du plateau tibial externe

Arthrose débutante du genou gauche.”

Il ont en outre exposé ce qui suit :

“APPRECIATION ET DISCUSSION

1. A l'entrée M. T._____ se plaint essentiellement de douleurs provoquées par la marche, proportionnellement à la durée de marche, se manifestant en général plutôt après, mais des fois aussi durant la marche. Elles sont le plus souvent localisées à la région interne, mais aussi dans la région externe du genou gauche, parfois à type de piqûres ou avec le sentiment que quelque chose bouge dans le genou. Ceci peut amener à un sentiment de lâchage, sans que cela n'ait provoqué de chute jusqu'à présent. Ce sentiment apparaît plus vite en marchant sur terrains instables, où son genou ne tient pas. Il évite les escaliers, car en les montant, la douleur l'oblige à monter d'abord avec la jambe droite et en descendant il avance d'abord la jambe gauche. Il n'arrive qu'à difficilement plier le genou gauche contre résistance.

Proportionnellement à la sollicitation mécanique du genou peut apparaître une enflure du genou. La douleur est variable entre 0-7/10 (VAS), bien calmée par la glace, le Dafalgan ou quand elle est intense, le Ponstan.

Pas d'infiltration depuis la dernière opération.

Au status on retient une marche précautionneuse avec difficultés à la flexion en charge du genou gauche. Le genou gauche est normo-axé, il présente une limitation de la flexion-extension en

passif de 140°-0-0° comparé à 160°-0-0° du côté droit avec importantes douleurs de la région postérieure du compartiment fémorotibial externe à 140° de flexion. Il y a un micro-épanchement articulaire. Les signes méniscaux provoquent une douleur aspécifique, variable. Il y a une certaine laxité ligamentaire dans le plan sagittal mais symétrique. Pas de signe en faveur d'une rupture du ligament croisé antérieur ou postérieur.

La RX des genoux comparative f en charge/Schuss/p à 30°/axiale à 30° ne démontre pas de pincement fémoro-tibial évident, il y a une petite ostéophytose patellaire cranio-caudale débutante et une petite ossification localisée dans la région du cartilage de la région postérieure de l'interligne fémoro-tibial externe. Il y a une légère déminéralisation osseuse de type mouchetée du genou gauche. Sur les clichés de grands axes, le genou gauche est normo-axé.

La scintigraphie osseuse triphasique ne retient pas d'argument en faveur d'une algoneurodystrophie, évoquée devant la déminéralisation mouchetée et parle plutôt en faveur d'une décharge statique du membre inférieur gauche et de troubles dégénératifs.

Un arthro-CT du genou gauche effectué au CHUV auprès du Prof???._____ retient deux lésions de chondropathie du cartilage fémoro-tibial, l'une du cartilage condylien interne avec atteinte de l'os sous-chondral et l'autre du cartilage du plateau tibial externe, ainsi qu'une fissure de la racine de la corne postérieure du ménisque interne et de la corne antérieure du ménisque externe. Il n'y a pas de lésion du ligament croisé antérieur. Une infiltration de corticostéroïdes a été effectuée lors de cet arthro-CT (Dépo Médrol) avec un effet négatif.

En rééducation le patient a été pris en charge en physiothérapie et a bénéficié de traitements passifs (mobilisation, thérapies manuelles antalgiques, tractions, drainages, compex, étirements) et en actif (renforcement musculaire, proprioception, travail de mise en charge). Il a également participé aux traitements en groupes, avec programme personnalisé en groupes d'entraînement en salle de gym, à l'entraînement thérapeutique sur appareils de fitness et en piscine. Aucune de ces thérapies ne s'est montrée efficace et il n'y a pas eu d'amélioration, ni au niveau de la douleur, ni au niveau de la fonction du genou gauche.

Sur le plan médicamenteux le patient ne s'est pas senti amélioré de façon significative par les anti-inflammatoires (Arthrotec ou Flector) à dose maximale. Les anti-inflammatoires ne s'étant pas révélés plus efficaces que le Dafalgan nous n'avons maintenu que ce dernier comme médicament de réserve, plus sûr au niveau des effets secondaires.

Devant cette impasse thérapeutique, le patient a été vu 3 fois par notre chirurgien orthopédique consultant, qui finalement nous propose, devant ces deux lésions cartilagineuses intéressant à la fois le cartilage condylien interne et le cartilage

du plateau tibial externe l'avis d'un chirurgien connaissant bien la Mosaïk-plastie. Il nous propose en l'occurrence de présenter le patient en ambulatoire au Prof D._____ à [...], et de le convoquer par la suite à l'Agence pour discuter sur la base de cet avis de la meilleure option thérapeutique à choisir et de son éventuelle prise en charge par la Suva. Le patient est d'accord de prendre cet avis.

2. Sur le plan socioprofessionnel :
M. T._____, sans formation spécifique et ayant dernièrement travaillé comme ferrailleur chez W._____, une entreprise qui a entre-temps fait faillite reste pour l'instant en incapacité de travail totale, la situation médicale n'étant pas stabilisée. Une demande AI est en cours.
Il devra de toute façon changer d'activité professionnelle.

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE FERRAILLEUR

- 100 % dès le 17.02.2010 au 30.04.2010.

TRAITEMENT A LA SORTIE

- Dafalgan 1 g cp en réserve, max 4 x 1 cp/jour.

Prochain contrôle médical : le patient sera convoqué par le Prof D._____ à [...] pour avis."

Par communication du 6 mai 2010, l'OAI a accordé à l'assuré une mesure d'intervention précoce sous la forme d'une orientation professionnelle à 100% du 10 mai au 4 juin 2010 auprès des Etablissements publics pour l'intégration (EPI) à [...].

Dans un rapport du 1^{er} juin 2010 adressé aux médecins de la CRR, le Dr M._____, médecin-chef à la Clinique de chirurgie orthopédique de l'Hôpital [...] ([...]), a notamment mentionné ce qui suit :

"Appréciation et proposition thérapeutique :

L'état du genou présente des pathologies claires expliquant l'impossibilité pour le patient d'effectuer son travail de ferrailleur. Par contre, une reprise dans une activité adaptée est possible. C'est pourquoi la première priorité est de retrouver un travail dans un domaine adapté.

Monsieur T._____ présente des lésions cartilagineuses au condyle fémoral externe, des exostoses au niveau du cartilage et une lésion profonde cartilagineuse au compartiment interne, probablement responsables pour la symptomatologie. Les images radiologiques ne révèlent pas d'autres lésions importantes.

De plus, l'axe des membres inférieurs étant en valgus léger, une correction n'est pas indiquée. Les techniques de cartilage repair (mosaïc plasty, AMIC ACT, etc) ont certainement une chance

d'améliorer le genou. Par contre, le succès d'une telle intervention n'est pas du tout garanti. Je ne pense pas que le patient puisse être capable de recommencer ensuite à travailler dans son ancienne profession, même si l'intervention se passe bien. C'est pourquoi, premièrement, la situation professionnelle doit être réglée, et deuxièmement, une intervention de type cartilage repair pourrait être envisagée."

Dans un rapport du 21 juillet 2010, le Dr Q. _____, spécialiste en chirurgie et médecin-conseil de l'intimée, a estimé que la situation médicale était stabilisée et que sur la base du rapport du 14 avril 2010 de la CRR et celui du 1^{er} juin 2010 du Dr M. _____, l'assuré bénéficiait d'une capacité de travail de 100% dès le 17 mai 2010 dans une activité adaptée, à savoir respectant les limitations fonctionnelles suivantes : travail semi-sédentaire, sans port de charges, sans longs déplacements ni marches en terrain irrégulier et sans montées / descentes d'escaliers.

Le 6 septembre 2010, l'Office AI a transmis à la CNA la copie d'une communication adressée le même jour à l'assuré dans laquelle ce dernier était informé qu'il avait été jugé réadaptable du point de vue de l'AI et que s'agissant de son droit à la rente, une décision allait lui parvenir ultérieurement.

Le 16 novembre 2010, le Dr L. _____ a mentionné une évolution défavorable sans possibilité d'amélioration de l'insuffisance musculaire de la cuisse gauche de son patient malgré une physiothérapie régulière. Il proposait un nouveau séjour à la CRR avec un traitement éventuel par visco-supplémentation.

Au terme d'un rapport reçu le 29 novembre 2010 par la CNA, consécutif à une scintigraphie osseuse effectuée le 10 novembre 2010, le Dr P. _____ a conclu à l'« absence de lésion osseuse du genou gauche scintigraphiquement décelable ».

Dans un rapport du 15 décembre 2010 consécutif à un examen clinique du même jour, le Dr F. _____, médecin d'arrondissement, s'est exprimé en ces termes sur le cas de l'assuré :

“DIAGNOSTIC:

Nous retenons le diagnostic de zone de chondrite fémorale du condyle interne, status après multiples interventions par arthroscopie du genou G le 15.06.2004, le 15.02.2006 et le 24.07.2009. Status après ménisectomie interne et externe partielle. Arthrose débutante.

APPRECIATION DU CAS:

Il s'agit donc d'un assuré de 36 ans, manoeuvre, dont le dernier emploi était ferrailleur en 2009, dont les antécédents sont décrits plus haut et sur lesquels nous ne revenons pas.

Subjectivement, il présente toujours des douleurs variables d'intensité selon l'activité. Il décrit des douleurs parfois de démarrage et parfois insomniantes. Il a noté à plusieurs reprises un gonflement de son genou sans changement de coloration. Le périmètre de marche est évalué à environ 15 minutes. La position assise peut être prolongée sans limitation pour autant qu'il puisse bouger son genou.

Objectivement, nous sommes surtout frappés par une atrophie musculaire relativement importante au niveau de la cuisse avec une différence de 3 cm de périmètre ainsi qu'au niveau du mollet avec une différence de 1,5 cm. De plus, bien que d'un aspect tout à fait satisfaisant, le genou G présente des douleurs relativement sélectives à la palpation du condyle interne dans l'axe environ du fémur, compatibles avec la chondrite décrite dans les différents examens, radiologiques et opératoires. La fonction du genou est relativement conservée avec une flexion-extension à 130-0-0° contre 150-0-0°, sans épanchement ni instabilité, tant dans le plan frontal que sagittal. Les signes méniscaux sont par ailleurs négatifs.

Du point de vue **médical**, nous rejoignons la position du Dr Z.Z. _____ qui dans son rapport du 29.03.2010 dans le cadre du séjour à la CRR, ne pose pas d'indication opératoire, ni à une ostéotomie de valgisation en raison d'une position en valgus et encore moins à la mise en place d'une hémiprothèse. Dans ces conditions, il se pose la question de procéder à une mosaic plasty, raison pour laquelle l'avis du Dr D. _____ a été demandé. Notre confrère confirme qu'il existe une probabilité d'améliorer la symptomatologie présentée par ce patient.

Un nouveau séjour à la CRR afin d'effectuer des injections de viscosupplémentation a été évoqué. Cette solution nous semble très onéreuse pour un traitement non remboursé par la SUVA en raison de sa médiocre efficacité.

Dans ce contexte, nous avons expliqué au patient les avantages et les inconvénients d'une mosaic plasty. Nous lui suggérons d'en discuter avec son médecin-traitant ainsi que son chirurgien orthopédiste, et lui laissons le temps de prendre une décision.

Nous avons donc convenu d'une réévaluation de la situation courant janvier.

Du point de vue **asséculoologique**, l'incapacité totale dans la profession exercée doit être reconduite jusqu'à une prise de décision ou au plus tard jusqu'à fin janvier 2011."

Par décision du 30 mai 2011, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière du 16 juin 2010 au 31 août 2010. Il considérait en particulier que si T._____ n'était plus apte à travailler dans la profession habituelle de ferrailleur, il conservait toutefois, à partir du 17 mai 2010, une capacité de travail entière dans une activité adaptée (respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges, pas de long déplacement, pas de marche en terrain irrégulier et sans montées ou descentes d'escaliers). Après comparaison des revenus et moyennant la prise en compte d'un abattement de 10 % sur celui d'invalidé au vu de l'ensemble des limitations précitées, le degré d'invalidité de l'assuré de 16.95% ne lui ouvrait alors plus le droit à la rente au sens de l'assurance-invalidité.

Dans un rapport du 4 août 2011, le Dr R._____, chef de clinique à la Clinique de chirurgie orthopédique de [...], a posé les diagnostics de lésion cartilagineuse du condyle fémoral interne douloureuse (DD ostéochondrite disséquante) et de status après plusieurs interventions d'arthroscopie du genou gauche. Il a en outre exposé ce qui suit :

"Appréciation et proposition thérapeutique

Le patient souffre bien d'une ostéochondrite disséquante douloureuse au condyle fémoral interne qui limite sa qualité de vie dans tous les sens. Les investigations radio-cliniques parlent en défaveur d'une ostéotomie valgisante et vu l'âge du patient, une prothèse de genou aussi bien partielle que totale ne rentre pas en ligne de compte. Comme seule option chirurgicale, nous pouvons proposer une chondroplastie de type AMIC par une arthrotomie médiale du genou. Je montre au patient des images concernant cette intervention qui fait partie de la nouvelle génération des chondroplasties pratiquées à l'heure actuelle. Le patient est prêt à subir une telle intervention si cela devait être la seule chance de diminuer les douleurs et de récupérer une activité physique optimale. La période de convalescence après une telle opération est particulièrement longue avec une décharge quasi complète pendant 6 à 8 semaines suivie de longues séances de physiothérapie. Le pronostic reste, dans ces cas, toujours réservé. Néanmoins, il nous paraît sage de procéder à une telle option chirurgicale plutôt que de ne rien faire et d'attendre simplement l'évolution de la

chondropathie en gonarthrose complète. A ce moment-là, l'unique solution sera une prothèse totale. Nous restons volontiers à disposition en cas de questions complémentaires.

Prochain contrôle : 02.09.2011."

Selon un protocole opératoire du 22 septembre 2011, l'assuré a subi une arthroscopie diagnostique, une arthrotomie parapatellaire médiale et une AMIC (Autologous Matrix Induced Chondrogenesis) pratiquée en date du 21 septembre 2011 par le Dr R._____. A teneur d'un certificat médical établi le même jour le Dr J.J._____, médecin-assistant à la Clinique de chirurgie orthopédique de [...], a attesté une incapacité de travail à 100% de l'assuré dès le jour de l'intervention jusqu'au 21 novembre 2011.

Le 21 décembre 2011, le Dr R._____ a posé le diagnostic de status post-arthrotomie pour AMIC genou gauche sur ostéochondrose disséquante stade IV. Il mentionnait une évolution « un peu traînante » mais dans la norme à peine à trois mois post-AMIC et proposait la poursuite de la physiothérapie auprès du Dr L._____ en priant ce dernier d'organiser une IRM native du genou à six mois post-opératoire afin de pouvoir juger de la guérison.

Dans un rapport relatif à une IRM du genou gauche du 8 mars 2012 adressé au Dr L._____, le Dr P._____ a constaté ce qui suit :

"CONCLUSION :

Status après chondroplastie du condyle fémoral interne. Aspect satisfaisant de la consolidation sans complication visible.

Suspicion de déchirure horizontale (versus lésion mucoïde de grade II) de la corne postérieure du ménisque interne.

Chondropathie fémoro-tibiale de grade II à III du compartiment externe.

Lésion mucoïde de grade I à II des cornes antérieure et postérieure du ménisque externe.

Chondropathie fémoro-patellaire de grade II. Epanchement intra-articulaire modéré."

Le 19 avril 2012, le Dr L.L._____, médecin-adjoint à la Clinique de chirurgie orthopédique de [...] a fait part d'une évolution lente mais globalement sans complication majeure après contrôle post-opératoire du patient à six mois. Il suggérait d'attendre toutefois encore afin de juger l'évolution définitive à une année de l'arthrotomie pratiquée le 21 septembre 2011.

Dans un rapport intermédiaire du 8 mai 2012, le Dr L._____ a également fait part d'une évolution lente mais plutôt favorable en indiquant un traitement par physiothérapie en cours. Selon ce chirurgien, un traitement par visco-supplémentation pouvait être indiqué en tant qu'« outil complémentaire » dans l'aboutissement des traitements mis en œuvre. Le 15 mai 2012, le gestionnaire du dossier a répondu au Dr L._____ qu'un traitement de l'assuré par visco-supplémentation ne pouvait pas être pris en charge par la CNA.

Dans un rapport du 11 juillet 2012 adressé au médecin-conseil de la CNA, le Dr G.G._____, médecin-chef à la Clinique de chirurgie orthopédique de [...], a fait part de son appréciation suivante sur l'état du genou gauche de l'assuré :

“Diagnostic

Status post-arthrotomie pour AMIC genou gauche sur ostéochondrose disséquante stade IV selon ICRS condyle médial fémur gauche le 21.09.11.

[...]

Appréciation et proposition thérapeutique

Il s'agit d'un déficit de rééducation du genou gauche suite à une appendicite compliquée. Poursuite de la physiothérapie à sec et également en piscine pour travailler la musculature.

J'aimerais présenter ce patient à nos rhumatologues. Du fait que le patient vit à Lausanne et est déjà suivi par le Dr L._____, je conseille une prise en charge définitive par ce médecin et également qu'il soit adressé à un rhumatologue. Du point de vue orthopédique je pense que ce n'est pas le moment de discuter d'une ostéomie valgisante pour décharger le compartiment interne, cela devra être discuté après une rééducation musculaire correcte.”

Dans un rapport relatif à une IRM du genou gauche avec injection de Gadolinium du 3 octobre 2012, le Dr P._____ a indiqué ce qui suit :

“ CONCLUSION :

Status après chondroplastie du condyle fémoral interne en 2011. Apparition d'une déformation du foyer de plastie avec un amincissement du cartilage rapport au mois de mars.

Lésion mucoïde de grade II versus déchirure horizontale de la corne postérieure du ménisque interne.

Chondropathie fémoro-tibiale de grade II à III du compartiment externe.

Lésion mucoïde de grade I à II des cornes antérieure et postérieure du ménisque externe.

Chondropathie fémoro-patellaire de grade III, en progression par rapport au mois de mars. Plica synoviale. Epanchement intra-articulaire modéré.”

Dans un rapport du 4 décembre 2012 adressé au Dr Q._____, le Dr L._____ a mentionné que l'arthro-IRM précitée démontrait une nette dégradation du foyer de chondroplastie et qu'à son avis une arthroscopie de contrôle afin de pratiquer de simples micro-fractures au niveau du foyer d'ulcère du cartilage présent semblait indiquée pour aboutir à un meilleur résultat chez l'assuré dont la distance de marche était alors limitée de 50 à 100 mètres au maximum avec une hydro-arthrose persistante et des gonalgies récidivantes selon son activité de marche. Le Dr L._____ laissait le soin au médecin-conseil de décider en accord avec l'assuré de l'indication du geste chirurgical.

Dans un rapport du 29 janvier 2013, le Dr L._____ a constaté ce qui suit :

“Comme convenu, j'ai pratiqué une arthroscopie de contrôle le 24.01.2013 chez le patient susmentionné.

Plutôt à ma surprise, on constate au niveau de l'ancienne zone de chondroplastie du condyle interne, une fine couche de fibrocartilage stable qui, à mon avis, ne devait pas être à l'origine des gonalgies et des épanchements récidivants.

Par contre, on observe une chondropathie et chondroplastie stade III-IV étendue sur la surface articulation patellaire, qui suffirait à expliquer la problématique actuelle. De plus, apparition d'un autre foyer de chondrite débutante au niveau de la zone de charge du condyle externe.

La rotule étant fixée par une importante fibrose et des fibres fibreuses au niveau de l'aileron interne et du corps adipeux du Hoffa, j'ai pratiqué une résection des brides fibreuses et une section de l'aileron interne (status après arthrotomie parapatellaire interne) afin de réduire la compression F/P.

Pour la suite du traitement, je pense qu'une rééducation musculaire soigneuse de longue durée devrait être envisagée. Jusqu'à présent, nous étions dans un cercle vicieux, dans le sens que les exercices musculaires provoquaient des gonalgies et épanchements et l'inactivité suivante favorisait la persistance de l'insuffisance musculaire marquée de la cuisse gauche.

Je me demande si un séjour à la clinique de réadaptation pourrait être indiqué, combiné éventuellement à un traitement par viscosupplémentation."

A teneur d'une « Feuille-accident LAA » reçue le 28 février 2013 par la CNA, le Dr L._____ attestait une incapacité de travail de l'assuré à 100% pour la période du 29 juin 2012 au 20 février 2013, la prochaine consultation étant fixée au 6 mars 2013.

Dans leur rapport du 25 avril 2013 consécutif à un séjour de l'assuré à la CRR du 13 mars au 10 avril 2013, les Drs X.X._____, chef de service, spécialiste en médecine physique, réhabilitation et en chirurgie orthopédique, et Q.Q._____, médecin-assistant, ont posé les diagnostics suivants :

"DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour gonalgies chroniques gauches.

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

24.01.2013 : arthroscopie genou gauche avec synovectomie partielle, section de l'aileron interne, résection de brides synoviales et lissage de rotule sur chondropathie fémoro-patellaire stade IV et du condyle externe.

Antécédents :

psoriasis aux coudes et aux mains depuis 2009

appendicectomie printemps 2012 compliquée par un abcès

21.09.2011 : arthroscopie et arthrotomie para-patellaire médiale et AMIC genou gauche

arthro-CT du genou gauche (18.03.2010) : lésion de chondropathie fémoro-tibiale, du cartilage condylien interne et du cartilage du plateau tibial externe

24.07.2009 : arthroscopie : vaste zone de chondrite fémorale sur condyle interne avec shaving et ablation de souris

30.04.2009 : accident avec blessure au genou gauche en heurtant une caisse métallique

15.02.2006 : arthroscopie : chondrite avec vaste zone de cartilage ulcéré sur le versant postéro-externe du condyle fémoral externe, déchirure longitudinale périphérique de la corne antérieure du ménisque externe avec shaving du cartilage

15.06.2004 : arthroscopie genou gauche : clivage de la corne postérieure du ménisque interne sans rupture de continuité, needling du compartiment interne

06.05.2004 : accident à la marche avec torsion de la cheville gauche et chute sur le genou gauche.”

Ces spécialistes se sont exprimés comme il suit sur l'état de santé ainsi que sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré :

“APPRECIATION ET DISCUSSION

A l'entrée les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont : douleurs à la flexion du genou gauche, en arrière du genou et diffusément dans tout le genou. Il dit que son genou chauffe de temps en temps et parfois gonfle, que parfois à certains mouvements, il y a des douleurs en coups de couteaux qui peuvent se déclencher.

L'examen clinique est décrit ci-dessus.

Deux IRMs du genou gauche ont été réalisées. Selon les rapports à disposition, celle du 08.03.2012, native, montre un aspect satisfaisant après chondroplastie sans complication visible avec une suspicion de déchirure horizontale de la corne postérieure du ménisque interne, une chondropathie fémoro-tibiale du compartiment externe et fémoro-patellaire et un épanchement intra-articulaire modéré. Celle du 03.10.2012, avec injection de Gadolinium montre l'apparition d'une déformation du foyer de plastie, avec un amincissement du cartilage par rapport au mois de mars et une plica synoviale.

Les RX de genoux du 20.03.2013 montrent une gonarthrose débutante, avec un très discret pincement fémoro-tibial ddc [des deux côtés] et fémoro-patellaire médial gauche. Aux bilans hématologique et chimique il n'y a pas de syndrome inflammatoire, mis en évidence.

Aucun nouveau diagnostic n'a été posé au cours du séjour, en particulier aucune psychopathologie retenue.

Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. L'évaluation pluridisciplinaire retient un patient ayant adopté une attitude d'invalidé, totalement focalisée sur son genou et qui n'arrive pas à se projeter dans l'avenir.

Des facteurs contextuels (perception élevée du handicap fonctionnel, hors de proportion avec les données objectives (score PACT), situation sociale précaire, absence de formation professionnelle, retrait prolongé du monde du travail, frère aîné qui serait au bénéfice de prestations d'invalidité) jouent un rôle dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par le patient et influencent défavorablement le retour au travail.

Pendant le séjour, le patient a suivi les prises en charges en physiothérapie et dans nos ateliers professionnels (cf. rapports annexés). Il a bénéficié d'une évaluation des capacités fonctionnelles (version courte) qui a confirmé de nombreuses autolimitations, les performances réalisées représentant l'effort consenti plutôt que l'effort maximal. Aux ateliers professionnels, on retient que le patient n'a pas véritablement adhéré à la mesure.

Concernant la douleur, le traitement de Paracétamol en réserve a été donné sur une base régulière de manière régulière, sans aucune amélioration.

A l'issue du séjour il n'y a pas d'évolution significative, ni subjectivement ni objectivement, pour ce patient montrant une participation aux thérapies considérée comme moyenne et très centré sur ses douleurs (Cf. rapports).

A trois mois d'une arthroscopie sans complication aucun changement du point de vue médical par rapport à l'état pré-opératoire n'a été constaté et les différentes thérapies n'ont pas apporté d'effet favorable. Ceci nous amène à conclure que la situation est stabilisée du point de vue médical, en ce sens qu'aucune thérapie n'est susceptible d'améliorer significativement la situation.

Aucune nouvelle intervention n'est proposée.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable au vu des facteurs médicaux et contextuels précités.

Les limitations fonctionnelles définitives suivantes sont retenues : marche sur terrains irréguliers, montées/descentes d'escaliers répétées, position à genoux ou accroupies, port de charge[s] au-delà de 15-20 kg.

Le pronostic de réinsertion dans une activité respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est défavorable essentiellement en raison des facteurs contextuels non médicaux. Sur la base du présent séjour, une réorientation a de fortes chances d'être mise en échec, même dans des activités industrielles légères telles que

réalisées lors du stage EPI. Sur le plan des lésions objectives une pleine capacité de travail peut cependant être retenue dans une activité respectant les limitations ci-dessus.

L'annonce AI avait déjà été faite avant le séjour. Il semble que le patient puisse encore bénéficier de mesures d'aide au placement.

Un nouveau séjour à la CRR n'est pas proposé.

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE D'AIDE FERRAILLEUR

- 100 % depuis le 13.03.2013 jusqu'à réception du dossier par l'Agence SUVA.

TRAITEMENT A LA SORTIE

- Dafalgan 1 g 4 x/jour en réserve.

CONSULTATIONS OU EXAMENS PREVUS A LA SORTIE

- Nihil."

Etaient joints à cette appréciation, notamment les documents suivants :

- les résultats d'une évaluation du 3 avril 2013 effectuée par le physiothérapeute diplômé S.S. _____ de la CRR. Dans son rapport intitulé « Evaluation des capacités fonctionnelles (*version courte*) », ce physiothérapeute a conclu à un niveau d'effort de l'évalué de type sédentaire ou essentiellement assis jusqu'à 5 kilos (conformément à la classification de la 4^{ème} édition du Dictionary of Occupational Titles [D.O.T]). Il a fait les observations suivantes s'agissant de l'effort fourni par l'assuré au terme de sa rééducation fonctionnelle à la CRR:

"[...]

Plaintes principales actuelles

Le sujet déclare une douleur au genou gauche, d'intensité fluctuante entre 0 et 8/10 sur l'EVA et non activité-dépendante. Parfois la douleur se présente comme une sensation de coup de couteau pouvant atteindre l'intensité de 10/10 sur l'EVA.

Le sujet signale ressentir une douleur entre les omoplates depuis les séances de travail aux ateliers professionnels ; l'intensité est cotée à 8/10 sur l'EVA.

En fin dévaluation, le sujet cote la douleur au genou à 9/10 sur l'EVA.

Status locomoteur

Met en évidence :

- à l'observation en position statique debout, une décharge importante du membre inférieur G
- un appui unipodal non réalisé à G (*le sujet signale pouvoir charger au maximum 45 Kg sur le membre inférieur G*)
- une position accroupie réalisée en décharge complète du membre inférieur G
- une marche sur la pointe des pieds et sur les talons réalisée avec des pertes d'équilibre fréquentes
- une marche sur une ligne imaginaire non réalisé (*douleur au genou G*)
- une mobilité active en flexion du genou G légèrement limitée (*120° vs 145° à D*)
- une hypoextensibilité du droit antérieur G (*distance talon-fesse de 31 cm vs 0 cm à D*)
- un "Step Test" non réalisé (*impossibilité de monter et/ou descendre du caisson en appui sur le membre inférieur G*)
- un test de "marche rapide sur 3' (150 m)" réalisé à l'aide de cannes anglaises sans atteindre le niveau de performance généralement considéré comme minimal (*140 mètres*).

Résultat du PACT (*appréciation de ses propres capacités fonctionnelles par le sujet*)

Le score de 34 atteint par le sujet avant la réalisation des différents tests correspond, selon la définition donnée par le ministère américain du travail dans la publication Dictionary of Occupational Titles, à des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis.

Au vu des résultats réalisés au cours de l'évaluation, on peut relever que le sujet sous-estime fortement ses aptitudes fonctionnelles.

De plus les réponses au questionnaire PACT ne sont pas cohérentes entre elles.

Le questionnaire a été administré dans la langue maternelle du sujet (*albanais*) et la compilation a duré plus de temps de ce qu'on retient nécessaire (25').

Aptitudes / déficits principaux

Pendant l'évaluation, le niveau de participation du sujet est déterminé en comparant sa volonté de fournir et de maintenir un effort maximal aux observations faites par l'évaluateur sur l'effort fourni par le sujet (*critères objectifs standardisés*). Les valeurs indiquées ci-après correspondent ainsi aux performances maximales (= effort maximal atteint) qui conviennent d'être fournies rarement sur la place de travail. L'évaluateur se charge aussi de veiller à ce que le sujet ne se blesse pas et il interrompt l'activité en cours si la sécurité l'exige (= arrêt pour des raisons sécuritaires). Une autolimitation de l'effort signifie que le sujet a mis fin à la tâche avant que l'évaluateur n'ait pu observer les signes physiques d'un effort maximal sans danger. Par conséquent, les performances réalisées représentent ce que le sujet a accepté de faire plutôt que ses aptitudes physiques maximales.

- Lever du sol à hauteur de la taille : 5 kg ; *arrêt sécuritaire (le sujet prend uniquement appui sur son membre inférieur D et le risque de chute est élevé)*.
- Lever de la taille à hauteur de la tête : 12,5 kg.

- lever horizontalement : *autolimitation* (le sujet effectue la tâche avec la caisse vide en ne respectant pas le temps maximal à disposition).
- Porter de la main droite (dominante) : *autolimitation* (idem).
- Porter de la main gauche (non dominante) : *autolimitation* (idem).
- Travailler au-dessus du niveau de la tête : *légèrement limité ; autolimitation* (le sujet arrête spontanément la tâche en raison d'une fatigue musculaire du membre inférieur D due à la décharge complète à G).
- Position assise prolongée : *légèrement limitée ; autolimitation* (le sujet change souvent de position en raison de la douleur ressentie entre les omoplates).
- Force maximale de préhension de la main droite (dominante) : 45 kg (dans la norme).
- Force maximale de préhension de la main gauche (non dominante) : 43 kg (dans la norme).
- S'accroupir à plusieurs reprises : *non réalisé ; autolimitation* (douleur du genou G).
- Marche à 4 pattes : *non réalisé ; autolimitation* (idem).

Coopération et cohérences

La volonté de donner le maximum aux différents tests a été incertaine plusieurs tests ont été stoppés soit par le sujet lui-même (*autolimitation*) soit par l'évaluateur pour des raisons sécuritaires. La fréquence cardiaque n'a jamais dépassé les 90 battements par minute; ce qui témoigne aussi de la faiblesse de l'effort fourni. D'une manière générale, les performances réalisées représentent ce que le sujet a accepté de faire plutôt que ses aptitudes physiques maximales.

Le niveau de cohérence n'a pas pu être évalué.

Observations de l'évaluateur

La connaissance des techniques de travail ergonomique est moyenne : en raison de la décharge quasiment omniprésente du membre inférieur G, le sujet effectue les tâches en mettant passablement à contribution son rachis et le membre inférieur D. Le sujet est incapable d'intégrer les conseils donnés par l'évaluateurs en raison de la douleur du genou G.

Les observations au cours de l'évaluation sont :

- une décharge importante de la région douloureuse que ça soit en position statique ou lors des déplacements
- une demande fréquente de pouvoir bénéficier de pauses au cours des tests de ports de charges
- des mouvements de compensation
- une boiterie présente lors de chaque déplacement
- des mouvements précautionneux et lents
- des frottements/soutiens de la zone douloureuse
- des mimiques douloureuses
- des soupirs
- des plaintes très fréquentes/spontanées des douleurs.

Les performances réalisées ont été obtenues au terme de 3 semaines de rééducation fonctionnelle à la clinique romande de réadaptation. Le sujet affirme ne ressentir aucune amélioration suite au séjour à la Clinique. [...]” ;

- les résultats d'une évaluation globale aux ateliers professionnels de la CRR consécutif au séjour de l'assuré. Au terme de leur rapport du 18 mars 2013 le Dr C.C._____, chef de service, H.H._____, maître socioprofessionnel, et M.M._____ psychologue OSP du Service de réadaptation professionnelle de la CRR, ont fait les constatations puis ont pris position comme il suit sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré :

"[...]

Description des activités réalisées aux ateliers professionnels :

Temps passé en atelier : L'assuré est planifié 6 heures par semaine, sur des périodes de 2 heures consécutives.

Activités :

Activités de la caisse à boulons.

L'activité consiste à visser une série d'écrous (72 au total), dans un cube en bois. Il est nécessaire de visser sur les parois latérales droite et gauche ainsi que sur la paroi supérieure du cube. Le vissage est difficile, car il n'est pas toujours possible d'entrevoir les extrémités des écrous. Normes CRR pour ce test : montage 27 minutes ; démontage 18 minutes.

Observation : L'activité est réalisée en position assise, le rendement est de 45% au montage et 75% au démontage.

Travail sur le gravographe : Gravage de plaquettes signalétiques, l'assuré est assis, les deux bras à hauteur du thorax. Il n'y a pas de port de charge. La norme CRR= 20 / heure.

Observation : L'activité est interrompue après 60 minutes en raison des douleurs signalées au genou-nuque-dos.

PACT Atelier : La personne auto-évalue son niveau de capacité actuel à réaliser un certain nombre de tâches, brièvement décrites et représentées sous la forme de 50 photos dans une brochure.

Observation : Le score de 14 correspond à une activité de type strictement inférieur à sédentaire, sans aucun port de charges, ce qui n'apparaît pas conforme à son autonomie dans les actes de la vie

quotidienne. A rappeler que le score minimum s'élève à 100.

Activité de tri de pièces : L'activité est réalisée sur un rythme lent, avec un rendement de 40%.

Habillage en tissu d'un porte-journaux : travail en position assise - précision exigée dans les mesures. M. T. _____ fournit un travail de bonne qualité.

Montage de petits mécanismes de type horloger : M. T. _____ démontre un certain intérêt pour cette activité qui pourrait se révéler une piste pour sa suite professionnelle.

Fleur en perles 1mm : activité extrêmement fine, très bonne dextérité exigée.

Positions : La position debout statique n'est pas maintenue plus de quelques secondes.
Position assise pendant 60 minutes.

Port de charges : (x) très léger (< 5 kg)

Comportement au travail :

M. T. _____ respecte le cadre et les consignes transmises mais n'adhère pas véritablement à la mesure. La collaboration dont il fait preuve dévoile un manque évident de motivation et de persévérance.

Aspects favorisant l'intégration socioprofessionnelle :

L'assuré a déjà bénéficié d'une mesure d'orientation et pourrait bénéficier de l'aide au placement. La piste d'un emploi dans le domaine de l'industrie qui a été mise en avant aux EPI est toujours d'actualité et devrait être à nouveau exploitée. En effet, les aptitudes en dextérité fine et en précision démontrées par M. T. _____ lors de son séjour à la CRR constituent un élément favorable pour sa suite professionnelle.

Des aides dans la réalisation des techniques de recherche d'emploi (CV) lui ont été transmises aux EPI.

Aspects pénalisant l'intégration socioprofessionnelle :

Liés au handicap : L'assuré se déplace avec l'aide de deux cannes anglaises ;
Port de charges, même léger ;
Déplacement en terrain irrégulier ;
Position accroupie, à genoux et debout statique ;
Montée et descente d'escaliers ;

Non liés au handicap : L'assuré n'a plus travaillé depuis 2009 et semble avoir réorganisé sa vie personnelle autour des limitations fonctionnelles précitées.

Il n'est, par ailleurs, au bénéfice d'aucune formation professionnelle initiale.

Capacités d'intégration socioprofessionnelle :

Au vu des observations réalisées en ateliers et du déconditionnement professionnel de l'assuré, nous estimons que ses capacités d'intégration professionnelle sont extrêmement faibles ; l'assuré ne se projetant que peu dans la perspective d'une reprise d'activité professionnelle.

Conclusion et propositions :

Antériorité professionnelle

et formation :

Cet assuré de 36 ans sans formation certifiante a travaillé dans les domaines de la restauration, de la manutention dans la production de peinture et du ferrailage.

Analyse du potentiel :

Au cours de son séjour à la CRR, M. T. _____ a démontré un certain intérêt pour l'une des activités proposées, à savoir le montage d'un petit mécanisme de type horloger. Un emploi dans le domaine de la production horlogère nous paraît une piste réaliste et réalisable, corroborée par nos observations.

L'un des principaux obstacles d'un retour au travail nous paraît être le déconditionnement professionnel et le manque d'endurance au travail.

Proposition de prolongation de

mesures :

Il semble que le droit à une aide au placement soit encore ouvert. Ce type de mesure apparaît essentiel pour aider le patient à retrouver une activité adaptée.

Les pistes explorées et validées lors du stage aux EPI, à savoir un emploi dans le domaine industriel, plus précisément dans la production horlogère, devraient être réessayées sur du plus long terme.

Capacité de travail-horaire : Au vu des limitations observées, nous estimons qu'un retour dans l'activité antérieure n'est pas envisageable.

Toutefois, nous ne constatons pas, pour autant que l'on respecte ses limitations, de raison objective à ce que M. T. _____ n'atteigne un plein rendement dans une activité adaptée.

Par contre, en raison d'un certain déconditionnement, il serait préférable que l'assuré puisse reprendre une activité professionnelle de manière progressive." ;

Selon trois formules « Feuille-accident LAA » reçues les 10 mai, 10 juin et 10 juillet 2013 par la CNA, le Dr L. _____ attestait une incapacité de travail de l'assuré à 100% dès le 30 avril 2009.

Le 22 août 2013, l'assuré a été examiné par le Dr F.F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement. Dans son rapport final du même jour, ce praticien a indiqué ce qui suit :

"5. Appréciation

Le patient, âgé de 37 ans, manutentionnaire puis ferrailleur dans la construction, sans CFC, a été victime d'un accident de gymnastique le 06.05.2004 avec atteinte du genou G.

Il a bénéficié d'une première arthroscopie du genou G le 15.06.2004 pour un clivage de la corne postérieure du ménisque interne et une déchirure incomplète périphérique du ménisque externe. Un needling du compartiment interne a été réalisé.

Il a bénéficié d'une deuxième arthroscopie le 15.02.2006 pour vissage et chondroplastie du condyle externe et déchirure longitudinale périphérique de la corne antérieure du ménisque externe.

Une troisième arthroscopie a été réalisée le 24.07.2009 pour lissage et égalisation du cartilage instable et abrasion d'une zone

d'ulcération du condyle interne, extraction de souris articulaire. Une rupture du LCA a été mentionnée.

Au cours d'un séjour à la CRR du 06.02 au 11.03.2010 le diagnostic de gonarthrose débutante à gauche a été posé et une "mosaic plasty" a été proposée.

Une quatrième arthroscopie a été réalisée le 21.09.2012 avec arthrotomie para-patellaire médiane et AMIC.

Une cinquième arthroscopie a été réalisée le 24.01.2013 pour résection de brides et section de l'aileron interne.

L'évolution globale est défavorable malgré une amélioration signalée depuis la dernière arthroscopie de janvier 2013.

Il n'a pas repris d'activité professionnelle depuis avril 2009.

Subjectivement, il annonce des douleurs de repos occasionnelles, des douleurs nocturnes insomniantes, des douleurs de mise en route et des douleurs mécaniques à la marche limitant son périmètre à une dizaine de minutes. Les douleurs se situent à la face interne et antéro-interne du genou. Il a quelques douleurs postérieures et quelques douleurs du compartiment externe. La marche dans les escaliers, à la montée et à la descente est pratiquement impossible. La marche en terrain accidenté est très difficile et limitée à quelques mètres. La marche en pente est évitée. La station debout statique est limitée à quelques minutes. Il doit utiliser une canne anglaise lorsqu'il se déplace à l'extérieur. Il signale une tuméfaction du genou à l'effort et vespérale et des lâchages survenant à une fréquence variable.

Objectivement, il se présente avec une canne anglaise qu'il porte à droite. La marche sans canne est réalisable. On constate une marche avec boiterie d'épargne du MID [membre inférieur droit] une altération des phases du pas, une amyotrophie du quadriceps et du mollet, une limitation de la flexion du genou, la présence d'un épanchement intra-articulaire et d'un épaissement synovial, des douleurs à la mobilisation de la rotule avec un signe du rabot positif et des douleurs à la palpation du compartiment interne du genou, de discrètes douleurs à la palpation externe et de la région poplitée. La stabilité dans les deux plans est conservée.

A l'imagerie, on constate une gonarthrose tricompartmentale débutante.

Sur le plan médical, la situation peut à présent être considérée comme stabilisée. Les suites lésionnelles nécessitent la poursuite d'un suivi médical espacé à long terme et la prescription ponctuelle de mesures d'antalgie et anti-inflammatoires. L'utilisation du Compex se terminera en septembre 2013. Le patient poursuivra lui-même les exercices à domicile. Il n'y a plus de traitement de physiothérapie ni de traitement chirurgical qui puissent améliorer de manière notable ce patient qui a déjà bénéficié d'une chirurgie itérative. Il n'est cependant pas exclu, qu'à moyen ou long terme, il nécessite la réalisation d'une ostéotomie de correction ou la mise en place d'une prothèse de genou.

Sur le plan asséculoologique, un retour durable vers une pleine capacité dans ses activités antérieures n'est plus exigible. Ce patient peut, par contre, mettre en valeur une pleine capacité dans une activité adaptée, en position alternée assis/debout, avec de courts déplacements en terrain plat, sans travail au sol, à genoux ou accroupi, sans utilisation d'échelles, d'escabeaux ou d'escaliers et un port de charges limité à 15-20 kg.

Les suites lésionnelles ouvrent le droit à une indemnisation pour atteinte à l'intégrité qui fait l'objet d'une appréciation séparée."

Dans un second rapport du 22 août 2013 intitulé « Estimation de l'atteinte à l'intégrité », le Dr F.F. _____, après avoir rappelé les constatations évoquées dans son premier rapport tant subjectivement qu'objectivement ainsi que l'imagerie, a évalué l'atteinte à l'intégrité de l'assuré à 10%. Il a indiqué en outre ce qui suit :

"3. Motif

Nous avons retenu le taux inférieur attribué à une arthrose moyenne du genou (pangonarthrose) :
10-30 %, table 5, page 5.2.

En effet, la situation clinique correspondant à une arthrose de telle gravité.

Cette estimation se fonde sur notre appréciation actuelle et devra être modifiée en cas d'aggravation."

Par courrier du 29 août 2013, la CNA a informé l'OAI que les suites de l'accident non professionnel du 6 mai 2004 étant stabilisées selon l'estimation de son médecin d'arrondissement, elle restait pour l'heure dans l'attente de ses intentions éventuelles de reclassement avant de pouvoir liquider son dossier et fixer la rente d'invalidité. L'Office AI a répondu le 3 septembre 2013 que son dossier était clôturé depuis sa décision rendue le 30 mai 2011 (allocation d'une rente entière limitée dans le temps du 16 juin 2010 au 31 août 2010), laquelle n'avait pas fait l'objet d'un recours et dont la CNA avait d'ailleurs reçu copie.

Répondant à un questionnaire du 10 octobre 2013 J. _____ a indiqué ce qui suit :

“- Salaire de base en 2003 ? CHF 3'850.- + 50.- participation caisse maladie

- Salaire de base en 2004 ? CHF " "
- Selon l'extrait du livre de paie : CHF 3'900.- x 13 en 2003
Selon la déclaration d'accident : CHF 3'800.- x 13 en 2004
- Gratifications ou autres allocations *En fonction du résultat de l'entreprise max 2'500.-/an*
- Horaire de travail hebdomadaire moyen 42h30

Merci également d'indiquer l'évolution du salaire mensuel, ceci pour les années 2003 à 2013. *L'évolution est difficile à établir mais en 2013 son salaire se situerait entre 4'500.- et 4700.-/mois.*”

Il résulte du compte rendu d'un entretien téléphonique du 23 octobre 2013 avec cet employeur ce qui suit :

“Salaire 2003 et 2004 : CHF 3'900.-- x 13 + grat. de CHF 150.--.
Depuis quelques années, il n'y a plus de 13ème mais une grat. un peu plus élevée.
Pour notre assuré, son salaire 2013 s'élèverait aux alentours de CHF 4'500.--/4'600.--. X 12 + grat.
Concernant le montant de ladite gratification, se calcule en fonction du CA de l'entreprise et du rendement de la personne.
Mon interlocutrice ne peut, en aucun cas, fixer le montant de la gratification qui serait octroyée à notre assuré.”

Cinq descriptions de postes de travail (DPT), ont été versées au dossier de l'assuré. Il s'agissait d'une fonction d'affûtage (DPT no 5787) dans une entreprise active dans la fabrication d'instruments dentaires (salaire moyen de 53'950 fr. ; position assise ou debout au choix ; rarement port de charge très légère jusqu'à 5 kg), de collaborateur de production sur machines automatiques (DPT no 362411) dans une entreprise s'occupant du montage de circuits imprimés et de modules électroniques (salaire moyen de 54'900 fr. ; position debout de de 1/2-3h à peine et position assise de 3-5h¼ environ ; rarement port de charge légère jusqu'à 5 kg; rarement marche jusqu'à 50 m.), d'emballage (DPT no 10054392 ;salaire moyen de 55'688 fr. ; position assise ou debout au choix; parfois port de charge très légère jusqu'à 5 kg ou légère entre 5 et 10 kg; rarement marche jusqu'à 50 m), d'opérateur de conditionnement (DPT no 8964; salaire moyen de 56'055 fr. ; position assise ou debout au choix ; parfois port de charge très légère jusqu'à 5 kg parfois marche jusqu'à 50 m. rarement plus de 50 m.), ainsi que de repriseur (DPT no 597315) dans une entreprise de rectifiage et de finition de pièces

destinées notamment à l'horlogerie et au domaine médical (salaire moyen de 58'350 fr. ; position assise ou debout au choix; parfois port de charge très légère jusqu'à 5 kg).

Par décision du 12 décembre 2013, la CNA a versé une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) d'un montant de 10'680 fr. sur la base d'une atteinte à l'intégrité de 10% d'un gain annuel de 106'800 francs. Elle a en outre considéré ce qui suit :

“Il ressort de nos investigations, notamment sur le plan médical, que vous êtes à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition que vous respectiez une position alternée assis/debout, avec de courts déplacements en terrain plat, sans travail au sol, à genoux ou accroupi, sans utilisation d'échelles, escabeaux ou d'escaliers et un port de charge limité à 15/20 kg. Un telle activité est exigible durant toute la journée et vous permettrait de réaliser un salaire annuel de CHF 55'788.-- Comparé au gain de CHF 56'450.--, réalisable sans l'accident, il en résulte une perte de l'ordre de 1,17 %. Dès lors, les conditions requises pour l'octroi de prestations de rente au sens des articles 16, 7 et 8 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) ne sont pas remplies.

Compte tenu de ce qui précède, nous mettons un terme au paiement des indemnités journalières au 19 janvier 2014 au soir.

[...]

Si l'état de santé exige la reprise du traitement médical, en rapport avec l'accident ou la maladie professionnelle, l'assuré a la possibilité de l'annoncer à la Suva. Elle examinera le droit aux prestations d'assurance. Du point de vue médical, nous vous confirmons que nous continuerons à prendre en charge un suivi médical espacé à long terme et la prescription ponctuelle de mesures d'antalgie et anti-inflammatoires.”

Selon les formules « Feuille-accident LAA » reçues les 6 septembre, 16 octobre, 19 novembre et 20 décembre 2013 par la CNA, le Dr L. _____ attestait une incapacité de travail totale de son patient à compter du 30 avril 2009.

L'assuré a formé opposition le 10 janvier 2014 contre la décision du 12 décembre 2013 de la CNA en concluant principalement au versement d'une IPAI de 20%, à l'octroi d'une rente d'invalidité d'au moins 40% dès le 20 janvier 2014 et, subsidiairement, à l'octroi de mesures de réinsertion.

Le 16 janvier 2014, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre sa décision du 12 décembre 2013. Elle a notamment considéré ce qui suit :

"[...]

2.

L'assuré n'exerçant aucune activité professionnelle, il y a lieu de se référer aux conclusions médicales et de recourir à la comparaison des revenus pour déterminer l'incapacité de gain. Si nul ne conteste que la reprise en plein de l'activité antérieure n'est plus exigible, le Dr F.F. _____, médecin d'arrondissement, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, en conclusion de son rapport d'examen final, a certifié que l'assuré peut mettre en valeur une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, en position alternée assis / debout, avec de courts déplacements en terrain plat, sans travail au sol, à genoux ou accroupi, sans utilisation d'échelles, d'escabeaux ou d'escaliers et un port de charges limité à 15-20 kilos.

[...]

3.

[...] En l'espèce, en l'absence de tout élément permettant de douter de l'exigibilité posée en toute connaissance de cause par le médecin d'arrondissement, il y a lieu de faire fond sur celle-ci. Par ailleurs, l'estimation du médecin d'arrondissement rejoint les conclusions de la Clinique romande de réadaptation, à Sion (CRR), où l'assuré a séjourné du 13 mars au 10 avril 2013. La Suva doit faire abstraction des plaintes et limitations qui ne s'expliquent pas d'un point de vue organique. L'évaluation pluridisciplinaire pratiquée à la CRR a en effet montré que l'assuré a adopté une attitude d'invalidé, totalement focalisé sur son genou et n'arrive pas à se projet[er] dans l'avenir.

4.

Le revenu d'invalidé a été déterminé, en l'espèce, sur la base des données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT). [...]

5.

Le gain d'invalidé fixé dans la décision querellée ne prête pas le flanc à la critique dès lors que les DPT choisies sont adaptées au handicap de l'assuré et ont été versées au dossier en conformité avec la jurisprudence topique en la matière. La comparaison entre le revenu présumable sans invalidité, non contesté, de Fr. 56'450.-- et un revenu exigible d'au moins Fr. 55'788.-- laisse apparaître une perte de 1.17%. C'est donc à juste titre que la Suva [...] a refusé tout droit à la rente d'invalidité. Il convient de souligner la différence existant entre l'incapacité de travail, fixée pendant la durée du traitement médical, et l'incapacité de gain (invalidité), qui subsistera vraisemblablement à la fin du traitement. Alors qu'en principe l'incapacité de travail se réfère au dernier poste de travail et n'est

fixée que pour une période limitée, la diminution de la capacité de gain due à un accident doit être appréciée à long terme et sur le marché général du travail entrant en considération pour un assuré (A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2^e éd., Berne 1989, p. 351 ss). La fixation des taux respectifs de l'incapacité de travail et de l'incapacité de gain ne s'effectuant pas sur les mêmes bases, il peut, malgré un état de santé stationnaire, en résulter des pourcentages différents.

[...]

7.

Se fondant sur la table 5 des Publications précitées, le Dr F.F. _____ a fixé à 10% le taux de l'atteinte à l'intégrité et partant retenu le taux inférieur pour une arthrose moyenne.

8.

Là encore, sur une question essentiellement médicale, il a lieu d'accorder entière valeur probante à l'estimation du médecin d'arrondissement. Par ailleurs, l'assuré se limite à conclure à un taux de 20% sans fournir aucun élément à l'appui. D'après le dossier médical, aucune aggravation vraisemblable de l'atteinte à l'intégrité n'est pronostiquée, de sorte qu'il n'est pas possible, à l'heure actuelle, de tenir compte d'une telle aggravation. Il convient toutefois de préciser qu'une indemnité complémentaire pourrait être allouée si, par la suite, l'atteinte à l'intégrité s'aggrave de façon importante et durable.

9.

Les mesures de réinsertion sont du ressort exclusif de l'assurance-invalidité (art. 8 et ss. LAI). La Suva n'a aucune base légale pour procéder de la sorte.

10.

Sur le vu de tout ce qui précède, la décision querellée doit être confirmée et l'opposition rejetée."

E. Par acte du 14 février 2014, T. _____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision en concluant principalement à son annulation, à l'allocation d'une IPAI de 30% et d'une rente d'invalidité d'au moins 40% dès le 20 janvier 2014. Subsidiairement il a conclu à l'octroi de mesures de réinsertion. Il allègue en substance que son contrat de travail a été résilié, que plus de neuf ans ont passé depuis le premier accident qu'il a subi et que son état de santé ne s'est pas amélioré, raison pour laquelle les indemnités journalières doivent être remplacées par une rente. Il prétend que l'appréciation des médecins sur l'évolution de sa maladie est claire et sans équivoque, la

dégradation et l'impossibilité d'exercer une activité même adaptée justifiant l'octroi d'une rente entière. Il allègue avoir tout entrepris afin de favoriser sa réinsertion sur le marché du travail malgré ses douleurs mais sans succès. Il ajoute que vu l'absence de formation supérieure et son niveau de français qui n'est pas élevé, il lui est plus difficile de trouver un emploi adapté, raison pour laquelle l'octroi de mesures de réinsertion professionnelle se justifie.

Le recourant a produit des certificats médicaux des 21 décembre 2009 et 12 juillet 2010, respectivement du Dr L. _____ et du Dr N. _____ ainsi qu'une « Feuille-accident LAA » complétée par le Dr L. _____ qui atteste une incapacité de travail à 100% de son patient depuis le 30 avril 2009.

Par réponse du 24 mars 2014, la CNA, représentée par l'avocat Olivier Derivaz, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition rendue le 16 janvier 2014. Selon l'intimée, le recourant se borne à contester en termes généraux et sans démontrer concrètement en quoi l'évaluation de son état de santé en relation avec l'appréciation de sa capacité de travail résiduelle dans l'exercice d'une activité adaptée basée sur l'appréciation du médecin d'arrondissement, le Dr F.F. _____, ne saurait être suivie. Or, par l'exercice de l'activité exigible ainsi retenue le recourant présente une perte économique inférieure à 10% qui ne lui ouvre pas le droit à la rente d'invalidité. Concernant l'IPAI, la CNA observe que le recourant conclut à l'octroi d'une indemnité de 30% après avoir demandé une indemnité de 20% dans la procédure d'opposition. Elle se réfère à l'évaluation de son médecin d'arrondissement du 22 août 2013, appréciation qu'elle qualifie de « pleinement convaincante ».

Par décision du 26 mars 2014, le Juge instructeur a admis la demande d'assistance judiciaire déposée dans l'intervalle par le recourant avec effet au 17 février 2014, Me François Chanson étant désigné en tant qu'avocat commis d'office.

Par réplique du 10 juillet 2014, le recourant, dès lors assisté de son conseil d'office, a pris les conclusions suivantes :

Principalement :

- I. Le recours est admis.
- II. La décision sur opposition du 16 janvier 2014 de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents est annulée.
- III. M. T._____ bénéficie d'une rente d'assurance-invalidité à 100% à compter du 19 janvier 2014 pour une durée indéterminée.
- IV. M. T._____ bénéficie d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité pleine et entière correspondant au montant maximum du gain annuel assuré.

Subsidiairement :

- I. Le recours est admis.
- II. La décision sur opposition du 16 janvier 2014 de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents est annulée.
- III. La cause est renvoyée à la Caisse nationale suisse en cas d'accidents pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal."

Le recourant a requis à titre de mesure d'instruction, la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire permettant d'établir son état de santé, de déterminer les affections dont il souffre et de déterminer son taux d'invalidité et celui de l'atteinte à l'intégrité. Sur le fond et en substance, il reproche en premier lieu à l'intimée de s'être fondée exclusivement sur les conclusions de son médecin-conseil, le Dr F.F._____, qui seraient en contradiction avec l'avis du médecin traitant qui retient une incapacité de travail totale depuis de nombreuses années. L'appréciation du médecin d'arrondissement s'écarterait par ailleurs des avis de très nombreux médecins consultés (à savoir les Drs M._____, R._____, G.G._____, P._____ et L._____) ainsi que de l'analyse faite par la CRR (des Drs C._____, S._____ et Z.Z_____). Il prétend que l'intimée a procédé de manière peu rigoureuse en retenant les conclusions qu'il qualifie de discutables du rapport de la CRR dont les observations sont à son avis incompatibles avec les conclusions. Il relève à

ce propos que dans le rapport du 18 mars 2013 si pour une seule tâche le travail est qualifié de qualité, deux d'entre elles ne comportent pas d'appréciation quantitative, tandis que les quatre autres des résultats manifestement insuffisants, à savoir dans l'activité de la caisse à boulons un rendement de 45 % au montage et 75 % au démontage; dans le travail de gravographe une interruption de 60 minutes en raison de douleurs notamment aux genoux; au PACT atelier, un score de 14, le minimum attendu étant de 100; dans l'activité de tri un rendement de 40 %. Il prétend en outre que les cinq DPT produits au dossier ne lui seraient pas accessibles car en contradiction avec ses limitations fonctionnelles médicalement attestées. Selon lui, le premier poste décrit de collaborateur de production (5787) exige des positions debout ou assise de longue durée ; le second poste (362411) implique des positions debout de longue durée, de la marche jusqu'à 50 mètres et la nécessité de tenir en équilibre ; le poste d'employé de commerce, papier, emballage (10054392) comporte une impossibilité de prendre des pauses, le port de charges jusqu'à dix kilos, des positions debout ou assise de longue durée, et la marche jusqu'à 50 mètres ; la description du poste précise en outre ce qui suit : « chercher le vernis sur les étagères. Chaque plateau pèse environ 6 kilos. Disposition des vernis sur des supports en sagex destinés à l'emballage »; le poste de gestionnaire de production (8964) est décrit comme particulièrement exposé, implique des positions assise et debout de longue durée et de la marche jusqu'à 50 mètres, le permis de cariste étant nécessaire alors que le recourant n'en possède pas; le dernier poste de «collaborateur de production» (597315) exige des positions debout ou assise de longue durée et la nécessité de se tenir en équilibre. Il conteste en dernier lieu l'évaluation de l'IPAI telle qu'effectuée par le Dr F.F. _____ dans son rapport du 22 août 2013, reprise par la CNA dans la décision querellée. L'intimée n'exposerait pas à tort les motifs pour lesquels c'est le taux inférieur (10%) et non celui supérieur de 30% qui doit être retenu en l'occurrence ; le recourant y voit une violation de son droit d'être entendu de la part de la CNA en ce sens qu'il lui serait impossible de saisir les motifs fondant la décision litigieuse. Il en déduit avoir droit à une IPAI correspondant au montant maximum du gain annuel assuré.

Dans sa duplique du 1^{er} septembre 2014, l'intimée a maintenu ses conclusions en relevant qu'à l'exception de sa propre appréciation, le recourant n'apporte aucun élément médical nouveau dans sa réplique.

F. Le dossier de l'assurance-invalidité (AI) a été produit le 23 février 2015. En plus des pièces principales figurent sous lettres A - D ci-dessus, il en ressort les éléments suivants :

- un rapport du 20 janvier 2010 du Dr N. _____ qui a posé le diagnostic invalidant de lésions traumatiques de genou gauche avec séquelles fonctionnelles (depuis 2004, 2006 et 2009). Ce généraliste mentionnait un pronostic réservé et estimait l'incapacité de travail de son patient à 100% dès le 30 avril 2009 dans la profession d'ouvrier-ferrailleur. Le Dr N. _____ notait un suivi par le Dr L. _____, un séjour étant alors prévu à la CRR ;

- un rapport d'évaluation professionnel du 21 juin 2010 établi par les maîtres professionnels V.V. _____ et B.B. _____ des EPI à [...] à la suite d'un séjour du 10 mai au 4 juin 2010 de l'assuré. Il en ressort les constatations suivantes sur la capacité de travail de ce dernier :

"Conclusions

M. T. _____ s'est bien engagé, mais a eu des difficultés à profiter de la démarche, qui a été particulièrement courte (congrés et visites médicales). En effet, d'une part M. T. _____ se sent perdu et a de la peine à développer une pensée cohérente. Il faut lui mettre les éléments sous les yeux pour qu'il se rende compte de l'invraisemblance de certaines pistes évoquées, puis il revient avec d'autres cibles fragiles à notre sens tel livreur léger, alors qu'il a exclu toute activité connectée au domaine des salles de sport, car il ne pourrait pas montrer physiquement l'usage de toutes les machines. Il aurait apparemment ses entrées mais nous indique qu'il ne pourrait pas envisager ou négocier un travail adapté (par exemple réception-coaching). D'autre part lors du stage, il se met une pression qu'il ne supporte pas et limite ainsi ses capacités. Dans l'état actuel des cibles assises dans le domaine de l'industrie nous semblent un objectif atteignable, sachant que l'assuré a effectué des travaux assimilables avec une efficacité satisfaisante.

Propositions

Un cours de mise à niveau en Français.
Stage de confrontation afin de lui permettre de mieux appréhender le domaine industriel.

Entretien de bilan - Avis de l'assuré

« En venant ici je pensais pouvoir essayer chaque jour une autre machine, un autre métier. J'aurais voulu apprendre un métier. J'ai compris la démarche mais [ne] suis pas convaincu. C'est un peu court. Certaines animations ne m'ont pas apporté grand-chose, j'aurais préféré essayer une machine par exemple. » ;

- un compte rendu du 28 juin 2010 dont il ressort qu'à l'occasion d'un entretien téléphonique du 15 juin 2010, l'assuré a fait part à son interlocuteur de l'OAI de son intérêt pour l'activité de livreur (livraisons légères) mais avec une voiture automatique, parmi les cibles retenues après le stage aux EPI ;

- une note d'entretien du même jour avec l'assuré à la teneur suivante :

“Faisons un point de la situation.

Santé :

M. T._____ se plaint de fortes douleurs au genou G « dès que je marche, j'ai des douleurs ».

Fait de la physiothérapie et aurait rendez-vous le 30.06.2010 avec le Dr L._____ et le 5.7.2010 avec son médecin de famille, Dr N._____.

MIP aux EPI :

L'assuré dit que cette mesure ne lui a pas plu du tout. Il ne veut en aucun cas retourner dans un centre (pour y effectuer une formation).

Il est à la recherche d'une activité assise dans le domaine de l'industriel et souhaite directement trouver un emploi dans l'économie.

M. T._____ dit ne pas être intéressé à pouvoir bénéficier d'une formation (préparation à une activité en industriel léger, par exemple) en contre.

Il souhaite, par contre, pouvoir bénéficier de l'aide de notre service de placement pour obtenir un soutien par rapport à ses recherches d'emploi. Il cherche à trouver une place de travail dans l'industrie.

Suite donnée à l'entretien / propositions

Informé l'assuré que nous allons rendre une décision concernant l'octroi de l'aide au placement dès que le SMR aura pu statuer. ” ;

- un rapport du 30 juillet 2010 de la Dresse T.T._____ du Service médical régional (SMR) de l'OAI qui y retient l'atteinte principale à la santé

d'arthrose du genou gauche post-traumatique (M17.3) avec pour incidence une incapacité de travail à 100% de l'assuré dans l'activité habituelle dès le 30 avril 2009 mais également une capacité de travail totale de celui-ci en une activité adaptée (à traduire en termes de métier par un spécialiste de la réadaptation professionnelle) respectant les limitations fonctionnelles suivantes : travail semi-sédentaire, sans port de charges, sans long déplacement et sans marche en terrain irrégulier ni montées / descentes d'escaliers. La Dresse T.T. _____ précisait se baser en particulier sur les conclusions de la CRR (mars 2010) ;

- un rapport du 5 octobre 2010 du Dr L. _____ posant le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de gonarthrose post-traumatique du genou gauche avec un pronostic incertain. Ce chirurgien estimait que son patient était en incapacité de travail à 100% depuis le 30 mai 2009 dans la profession de manœuvre sans que des mesures de réadaptation ne rentrent en considération dans l'activité d'origine pour limiter les restrictions fonctionnelles suivantes: pas d'activités uniquement en position debout / dans différentes positions / exercées principalement en marchant (terrain irrégulier) / en se penchant / accroupi ou à genoux, pas de port de charges et pas de montées sur une échelle / un échafaudage ni montées d'escaliers ;

- un rapport du 4 mai 2011 du Dr L. _____ adressé à l'OAI et dont il ressort ce qui suit :

“[...] Je tiens à vous communiquer que la SUVA a demandé et organisé un examen à l'hôpital cantonal de [...], par le Dr D.D. _____, afin de décider de la possibilité d'une intervention chirurgicale pour une éventuelle transplantation du cartilage, ostéotomie etc...

Au cas où un traitement actif serait proposé, il faudrait, à mon avis, attendre et observer l'aboutissement d'un tel traitement, afin de pouvoir juger de manière correcte, l'existence d'une invalidité et aptitude du patient pour une reprise de son travail professionnel.

Dans le cas où l'on devrait se contenter de l'état actuel, qui à mon avis, ne pourra que se péjorer en attendant, on pourra décider de l'opportunité d'un recyclage professionnel etc...

A présent, le patient est inapte à monter les escaliers en appuyant sur son pied gauche.”

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981, 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 loi cantonale 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) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 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. a) 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

et les références; cf. ég. TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009, consid. 2 et 9C_197/2007 du 27 mars 2008, consid. 1.2).

b) En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité LAA et sur le taux de l'atteinte à l'intégrité.

3. a) Aux termes de 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. 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 (art. 4 LPGA). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références citées; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010, consid. 5.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1 et 119 V 335 consid. 1).

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb, 118 V 286 consid. 3a et 117 V 359 consid. 5d/bb; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.1).

b) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982, RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives 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 références citées; TF 8C_533/2013 du 28 avril 2014, consid. 3.2 et 8C_596/2007 du 4 février 2008, consid. 3). Il y a également rechute ou séquelle tardive si, auparavant, le traitement médical avait permis d'obtenir une relative stabilisation de l'état de santé, au point qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de ce traitement une amélioration sensible de cet état de santé (TF 8C_1023/2008 du 1^{er} décembre 2009, consid. 6.1).

c) La CNA ne contestant pas être tenue au service de ses prestations d'assurance pour les suites (lésions au genou gauche) de l'accident subi le 6 mai 2004 par le recourant, il n'y a donc pas lieu de revenir plus avant sur l'exigence de rapport de causalité naturelle (et adéquate) qui est remplie en l'espèce.

4. a) Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cessant dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

Conformément à l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité est réputée incapacité de gain, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2 et les références citées).

En matière de capacité de gain, le droit des assurances sociales prévoit l'obligation de limiter le préjudice subi. Ce principe implique pour l'assuré qu'il est tenu de mettre en œuvre tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son accident, fut-ce au prix d'un effort important (ATF 117 V 394 consid. 4b et 115 V 38 consid. 3b/bb; RAMA 1996, p. 37 consid. 3d).

b) La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré. L'uniformité de la notion d'invalidité n'a cependant pas pour conséquence de libérer chacune de ces assurances de l'obligation de

procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité.

Le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative au principe de l'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3; la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité a également été admise: ATF 133 V 549; cf. aussi TF 8C_542/2012 du 8 juillet 2013, consid. 4 et 9C_813/2012 du 18 mars 2013, consid. 3.4). Indépendamment de cette précision, le Tribunal fédéral des assurances avait déjà jugé que les organes de l'assurance-invalidité et ceux de l'assurance-accidents étaient tenus de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité, les uns ou les autres ne pouvant se contenter de reprendre simplement et sans avoir effectué leur propre examen le degré d'invalidité fixé par l'autre assureur (ATF 126 V 288 consid. 3d; TF 9C_813/2012 précité).

5. a) 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 et 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2 et I 562/2006 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

b) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de

preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 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 125 V 351 consid. 3a et 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis du médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et qu'il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4). Ainsi selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi

longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2 et 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

6. En l'espèce, le recourant conteste en premier lieu l'évaluation de son état de santé, respectivement sa capacité de travail résiduelle à 100% retenue par la CNA dans l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'ordre somatique.

Il convient de relever à titre liminaire que sous l'angle médical, les parties s'accordent d'une part sur l'inexistence de troubles affectant l'assuré sur le plan psychiatrique. Elles concordent, d'autre part, sur la reconnaissance d'une incapacité de travail totale de celui-ci dans l'exercice de sa profession habituelle de manoeuvre - ferrailleur en raison des suites de l'accident du 6 mai 2004.

a) La CNA fait sienne, sur le plan somatique, l'appréciation du Dr F.F. _____ qui retient le 22 août 2013 une situation du genou gauche de l'assuré pouvant être considérée comme stabilisée avec des suites lésionnelles impliquant uniquement la poursuite à long terme d'un suivi médical espacé. Il observe qu'il n'y a plus de traitements (de physiothérapie ou chirurgical) susceptibles d'améliorer de manière notable l'état de santé du recourant qui a déjà bénéficié de chirurgie itérative sans exclure à moyen ou long terme, la nécessité de pratiquer une ostéotomie de correction voire la pose d'une prothèse de genou. Ce praticien considère dès lors que si un retour durable vers une pleine capacité de travail du recourant qui n'a pas repris d'activité professionnelle depuis avril 2009 n'est plus exigible dans ses professions antérieures, celui-ci bénéficie par contre d'une pleine capacité dans une activité adaptée, en position assise / debout, avec de courts déplacements en terrain plat, sans travail au sol, à genoux ou accroupi, sans utilisation d'échelles, d'escabeaux ou d'escaliers et un port de charges limité à 15-20 kilos.

La question de l'exigibilité sur le plan médical a été examinée lors du dernier séjour de l'assuré du 13 mars au 10 avril 2013 à la CRR. Dans leur rapport du 25 avril 2013, le Drs X.X. _____ et Q.Q. _____ ont posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour gonalgies chroniques gauches ainsi que les diagnostics supplémentaires se rapportant aux diverses interventions chirurgicales pratiquées sur le genou de l'assuré depuis son accident de mai 2004. Ils constatent que les radiographies réalisées à la CRR montrent une gonarthrose débutante avec un discret pincement fémoro-tibial interne bilatéral et fémoro-patellaire médical gauche. Au cours du séjour, aucun nouveau diagnostic n'a été posé par rapport à ceux retenus au terme de l'hospitalisation précédente du 17 février au 11 mars 2010. Les plaintes et les limitations fonctionnelles ne s'expliquent pas principalement par les lésions objectives constatées et l'évaluation pluridisciplinaire retient un patient ayant adopté une attitude d'invalidé totalement focalisé sur son genou n'arrivant pas à se projeter dans l'avenir. Selon les spécialistes de la CRR, des facteurs contextuels jouent en effet un rôle dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées et influencent défavorablement le retour au travail. La prise en charge en physiothérapie ainsi qu'une évaluation des capacités fonctionnelles durant le séjour ont confirmé de nombreuses autolimitations. Aux ateliers professionnels, les responsables observent que T. _____ n'adhère pas véritablement à la mesure et que sa collaboration dévoile un « manque évident de motivation et de persévérance » (cf. rapport du 18 mars 2013 du Dr C.C. _____, H.H. _____ et M.M. _____ du Service de réadaptation professionnelle de la CRR, p. 4). Les spécialistes en réadaptation retiennent ainsi des capacités d'intégration professionnelle extrêmement faibles, l'un des principaux obstacles étant le déconditionnement et le manque d'endurance au travail. Ils sont néanmoins d'avis que les pistes précédemment explorées et validées lors du stage aux EPI à savoir un emploi dans le domaine industriel et plus précisément dans la production horlogère devraient être réessayées sur un plus long terme. Les responsables des ateliers à la CRR ne constatent donc pas, et pour autant que l'on respecte ses limitations, de raison objective à ce que le recourant

n'atteigne pas un plein rendement dans une activité adaptée étant toutefois précisé qu'il serait préférable qu'il puisse reprendre une telle activité de manière progressive (cf. rapport du 18 mars 2013 du Dr C.C._____, H.H._____ et M.M._____ du Service de réadaptation professionnelle de la CRR, p. 6). Ces observations sont corroborées par les constatations du physiothérapeute diplômé S.S._____ qui relève une coopération et une volonté de participation incertaine du sujet s'agissant de sa volonté de donner le maximum aux différents tests mis en œuvre durant l'évaluation du 3 avril 2013 ; plusieurs tests ont ainsi été stoppés soit par le sujet lui-même (autolimitation) soit par l'évaluateur pour des raisons sécuritaires (cf. rapport intitulé « Evaluation des capacités fonctionnelles (*version courte*) » du 3 avril 2013 du physiothérapeute diplômé S.S._____, p. 2). Au vu du manque de collaboration relevé, cet examinateur conclut à un niveau d'effort du recourant de type sédentaire ou essentiellement assis jusqu'à 5 kilos (conformément à la classification de la 4^{ème} édition du Dictionary of Occupational Titles [D.O.T]). A l'aune de l'ensemble de ces données, les Drs X.X._____ et Q.Q._____ ne constatent pas d'évolution significative, ni subjectivement ni objectivement, pour un patient montrant une participation aux thérapies considérée comme moyenne et très centré sur ses douleurs et sans qu'à trois mois d'une arthroscopie sans complication aucun changement du point de vue médical par rapport à l'état pré-opératoire n'ait été constaté, les différentes thérapies n'ayant pas apporté d'effet favorable. Ils ne proposent en conséquence aucune nouvelle intervention ni nouveau séjour à la CRR. Les Drs X.X._____ et Q.Q._____ retiennent en particulier sur le plan des lésions objectives et au vu des limitations fonctionnelles définitives (soit : pas de marche sur terrains irréguliers, montées/descentes d'escaliers répétées, position à genoux ou accroupies, ni port de charges au-delà de 15-20 kg), l'exigibilité d'une pleine capacité de travail de la part de l'assuré dans l'exercice d'une activité adaptée.

Les rapports et avis médicaux ainsi versés au dossier, au vu de leur contenu et de leur qualité, rendent compte d'une étude circonstanciée et complète de l'évolution de l'état du recourant et en particulier pour ce

qui a trait à la question de l'exigibilité médico-théorique. Les difficultés relevées en lien avec l'exécution des travaux confiés le sont en raison d'un manque de collaboration de l'assuré et non d'origine médicale comme ce dernier le soutient. Celles-ci ne sont donc pas incompatibles (sur le plan médical) avec la possibilité de T._____ d'exercer une activité adaptée avec un plein rendement. Il n'existe dès lors aucune contradiction entre les constatations et les conclusions de l'analyse faite par la CRR elle-même.

Le seul fait pour l'assuré de se plaindre de la persistance de douleurs (d'ailleurs exclusivement traitées par la prise de Paracétamol en réserve) à son genou gauche entraînant selon lui de multiples restrictions sur le plan fonctionnel n'est pas en soi de nature à rediscuter les constatations qui précèdent ; l'avis personnel du recourant constitue uniquement une appréciation non médicale d'un même état de fait non déterminante pour l'issue du litige. Du reste, les douleurs alléguées sont difficilement objectivables ainsi que cela ressort du rapport dûment motivé des Drs X.X._____ et Q.Q._____ du 25 avril 2013.

Les passages de rapports médicaux cités par le recourant dans sa réplique (en pages 7-8) ne lui sont également d'aucun secours ;

Ainsi les constatations et diagnostics datant de 2010 des Drs Z.Z_____, C._____ et S._____ ont tous été repris par leurs confrères de la CRR au terme du nouveau séjour de l'assuré trois ans plus tard.

Quant aux Drs M._____ et R._____ ils n'ont pas mis en évidence d'arguments dans le sens d'une péjoration de l'état de santé. Consultés exclusivement pour avis sur les suites thérapeutiques, ces chirurgiens orthopédiques se sont prononcés dans le sens de l'opportunité d'un geste chirurgical sous la forme d'une chondroplastie de type AMIC par une arthrotomie médicale du genou de l'assuré. Une telle opération a finalement été réalisée le 21 septembre 2011 par le Dr R._____ . Il en a

été tenu compte au titre de diagnostic supplémentaire par les spécialistes de la CRR dans leur rapport du 25 avril 2013.

Dans son appréciation du 11 juillet 2012 le Dr G.G. _____ note un déficit de rééducation du genou gauche de l'assuré consécutif à une appendicite compliquée et propose la poursuite de la physiothérapie à sec et en piscine pour amélioration de la musculature. Il se limite à indiquer au médecin de la CNA que la question d'une ostéotomie valgisante pour décharge du compartiment interne sera à discuter après une rééducation musculaire correcte. L'avis de ce spécialiste ne consiste qu'en une appréciation sur l'indication de la poursuite du traitement de physiothérapie débuté le 10 avril 2012 (et complété dès septembre 2012 par un entraînement en piscine). Les médecins de la CRR en ont tenu compte au travers du diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour gonalgies chroniques gauches.

Les deux IRM du Dr P. _____ (du 8 mars 2012 et du 3 octobre 2012) ont été discutées en détail par les Drs X.X. _____ et Q.Q. _____ lors de leur analyse de sorte que l'on ne peut y voir des éléments dont il n'aurait pas été tenu compte dans l'évaluation de l'état de santé global et des limitations fonctionnelles du recourant en lien avec la question de son exigibilité.

Dans ses nombreux rapports ou certificats, le Dr L. _____ ne s'est quant à lui jamais prononcé expressément sur la capacité de travail de son patient dans l'exercice d'une activité adaptée à ses handicaps; ce chirurgien a mentionné à chaque fois une incapacité de travail à 100% du recourant dans la profession de manoeuvre ou ferrailleur exercée en dernier lieu jusqu'en début 2009. Il ne motive en outre pas son appréciation.

Le Dr N. _____, médecin de famille depuis le 4 mai 2009, a posé le diagnostic invalidant de lésions traumatiques du genou gauche avec séquelles fonctionnelles (depuis 2004, 2006 et 2009) en mentionnant un pronostic réservé. Il retient sans plus amples explications et tout en

renvoyant aux avis des spécialistes consultés, une incapacité de travail à 100% du recourant dès le 30 avril 2009 dans la profession d'ouvrier-ferrailleur (cf. rapport du 20 janvier 2010 du Dr N._____). Son avis ne satisfait dès lors manifestement pas aux réquisits pour se voir reconnaître un caractère probant.

Tant les pièces citées que celles produites par T._____ - à savoir les certificats médicaux des 21 décembre 2009 et 12 juillet 2010 du Dr L._____, respectivement du Dr N._____ ainsi que le dernier formulaire « Feuille-accident LAA » reçu le 20 décembre 2013 par la CNA du Dr L._____ et qui figuraient d'ailleurs déjà toutes au dossier de la CNA -, ne sont pas documentés. Ils ne sauraient être suivis.

Il n'y a en conséquence aucun rapport médical mettant en doute l'appréciation des spécialistes de la CRR du printemps 2013.

b) En définitive, les conclusions des Drs X.X._____ et Q.Q._____ - intégralement suivies, partagées puis reprises par le Dr F.F._____ et par la CNA ensuite dans sa décision - comprennent une anamnèse, font état des plaintes du recourant, sont exemptes de contradictions et relèvent d'une étude approfondie du cas de celui-ci. Leurs conclusions, bien motivées, ne sont pas mises en doute, même faiblement, par d'autres rapports médicaux. Elles ont ainsi pleine valeur probante.

Force est donc de retenir sur le plan médical, une capacité de travail du recourant à 100% dans une activité adaptée à l'ensemble de ses limitations fonctionnelles d'ordre somatique.

7. Outre la quotité de sa capacité de travail résiduelle, le recourant conteste l'un des autres éléments (choix des DPT) permettant de calculer le revenu d'invalidé (second terme de la comparaison de l'art. 16 LPGA). Il nie que son état de santé lui permet d'assumer un seul des travaux, tels que figurant dans les cinq descriptions de postes de travail (DPT) retenues par la CNA.

Chez les assurés actifs – soit les assurés qui, sans atteinte à la santé, exerceraient une activité lucrative à plein temps –, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008, consid. 2.1).

a) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010, consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_409/2009 du 11 décembre 2009, consid. 3.1 et I 1034/2006 du 6 décembre 2007, consid. 3.3.2.1). A teneur de l'art. 24 al. 2 OLAA, lorsque le droit à la rente naît plus de cinq ans après l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle, le salaire déterminant est celui que l'assuré aurait reçu, pendant l'année qui précède l'ouverture du droit à la rente, s'il n'avait pas été victime de l'accident ou de la maladie professionnelle, à condition toutefois que ce salaire soit plus élevé que celui qu'il touchait juste avant la survenance de l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle. Cette disposition a pour objectif une adaptation à l'évolution générale des salaires dans la branche concernée, afin de ne pas désavantager les assurés dont le droit à la rente naît plusieurs années après l'événement accidentel par rapport à ceux qui se voient octroyer la rente plus tôt, quand une forte augmentation des salaires s'est produite dans l'intervalle. L'art. 24 al. 2 OLAA ne vise en revanche pas à prendre en compte d'autres changements intervenus dans

les conditions de revenu après l'accident, ou qui auraient pu se produire si celui-ci n'avait pas eu lieu ; le rapport de travail qui existait au moment de l'événement accidentel assuré reste déterminant pour fixer le gain assuré (ATF 127 V 165 ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht Soziale Sicherheit, 2 éd. 2007, n. 132 p. 888).

En l'espèce, la CNA s'est fondée à juste titre pour la détermination du revenu sans invalidité sur les déclarations de l'employeur J._____ auprès duquel l'assuré travaillait notamment au moment de l'événement accidentel assuré du 6 mai 2004. En 2013 (soit l'année qui précède l'ouverture du droit éventuel à la rente), le revenu initial sans invalidité du recourant a été évalué à 56'450 fr. en adéquation avec les données et explications de J._____. Ce montant n'étant au demeurant pas contesté par les parties, il n'y a pas lieu de s'en écarter.

b) Pour fixer le revenu d'invalidé, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé par l'assuré après la survenance de l'atteinte à la santé si cette activité est stable, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 et 126 V 75 consid. 3b/aa; TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009, consid. 2.1; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 169 p. 899). Il s'agira en revanche de se fonder sur un revenu hypothétique lorsque l'assuré ne met pas — ou pas pleinement — à profit sa capacité de travail après l'accident (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 170 p. 899). Dans ce cas, la jurisprudence a dégagé deux méthodes d'évaluation du revenu d'invalidé, entre lesquelles le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence; la première se fonde sur les données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) qui est publiée sur un rythme bisannuel, tandis que la seconde repose sur les données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) récoltées par la CNA (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 et les références citées; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 171 à 176 p. 900-901).

aa) L'intimée a fait application en l'occurrence de la seconde méthode d'évaluation, à savoir celle des données salariales résultant de cinq DPT et a ainsi retenu un revenu exigible en 2013 de 55'788 fr., lequel laisse apparaître une perte de 1.17% excluant le droit à la rente. Les cinq DPT auxquelles la CNA fait référence - à savoir, le poste de « collaborateur de production » (DPT 5787), de « collaborateur de production » (DPT 362411), d'« employé de commerce, papier emballage » (DPT 10054392), de « gestionnaire de production » (DPT 8964) et de « collaborateur de production » (DPT 597315) - sont toutes des activités professionnelles du domaine de l'industrie légère. Elles permettent de travailler en position alternée assis/debout, avec de courts déplacements en terrain plat, sans travail au sol, à genoux ou accroupi. Elles n'impliquent pas l'utilisation d'échelles, d'escabeaux ou d'escaliers et le port de charges est nettement inférieur à 15-20 kg. Contrairement à ce que soutient le recourant, ces activités respectent ainsi les limitations fonctionnelles retenues par le Dr F.F._____.

bb) Même si tel n'était pas le cas, cela n'aurait pas d'incidence sur l'issue du litige. En effet, il conviendrait alors de se fonder sur l'autre des deux méthodes d'évaluation du revenu d'invalidé, à savoir celle des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS).

Compte tenu du fait que l'assuré n'a pas de formation professionnelle et n'a plus retravaillé depuis le printemps 2009, il y a lieu de retenir comme salaire de référence, celui auquel peuvent prétendre les hommes dans l'accomplissement de tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2012, 5'210 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2012, TA 1 niveau de qualification 1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2012 (41,7 heures; La Vie économique, 12-2014, p. 92, tableau B 9.2), le revenu mensuel s'élève à 5'431 fr. 43 (5'210 fr. x 41,7 / 40), ce qui donne un salaire annuel

de 65'177 fr. 16, soit après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2012 à 2013 (2013 : 0.7% ; La Vie économique, 12-2014, p. 93, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de 65'633 fr. 40, étant ici rappelé que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée est de 100% (cf. consid. 6b supra).

Le montant résultant des statistiques peut faire l'objet d'une réduction qui dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère que la nature des limitations fonctionnelles présentées par une personne assurée peut constituer un facteur susceptible d'influer sur ses perspectives salariales (ATF 126 V 75 consid. 5a/bb et les références citées; voir également TFA I 848/2005 du 29 novembre 2006, consid. 5.3.3).

Compte tenu des limitations fonctionnelles somatiques retenues en l'espèce, un taux d'abattement de 10% - comme l'a par ailleurs également admis l'OAI dans sa décision du 30 mai 2011 - se justifie. Le revenu avec invalidité est dès lors de 59'070 fr. 06.

Après comparaison des revenus, il est constaté que le revenu sans invalidité (56'450 fr.) est inférieur à celui d'invalidité (59'070 fr. 06).

c) Ainsi, en se basant sur l'une ou l'autre des deux méthodes d'évaluation du revenu d'invalidité dégagées par la jurisprudence du Tribunal fédéral, le recourant présente un taux d'invalidité inférieur à celui de 10% requis pour lui ouvrir droit à une rente d'invalidité (cf. art. 18 al. 1 LAA). La décision querellée ne s'avère dès lors pas critiquable en ce qu'elle lui refuse le droit à la rente d'invalidité LAA.

8. T._____ reproche en dernier lieu à la CNA une évaluation incorrecte de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

a) L'art. 24 al. 1 LAA énonce que l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite de l'accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (IPAI). Selon 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. A teneur de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestations 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.

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (cf. Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, du 18 août 1976, in FF 1976 III p. 171). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence, etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (cf. ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 229 p. 915). Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (cf. TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009, consid. 5.1 et les références citées).

Une 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. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui 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 précité, consid. 5.2 avec les références citées).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb et 113 V 218 consid. 2a) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. L'indemnité allouée pour ces lésions 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). 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 de valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à faire assurer autant que faire ce peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 de l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc; cf. TF 8C_195/2013 du 15 octobre 2013, consid. 6.1 et les références citées).

b) En l'espèce, le Dr F.F. _____ a constaté que la marche sans canne était réalisable, le recourant marchant avec boiterie d'épargne du membre inférieur droit, une altération des phases du pas, une amyotrophie du quadriceps et du mollet, une limitation de la flexion du genou, la présence d'un épanchement intra-articulaire et d'un épaissement synovial, des douleurs à la mobilisation de la rotule avec un signe du rabot positif et des douleurs à la palpation du compartiment interne du genou, de discrètes douleurs à la palpation externe et de la région poplitée. Il a en outre relevé que la stabilité dans les deux plans

était conservée et que l'imagerie montrait une gonarthrose tricompartmentale débutante uniquement au contraire d'une pangonarthrose grave avec instabilité complexe par exemple, laquelle selon la table 5 conduirait à un taux de 30-40% (table 5, page 5.2 d'Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA de la CNA). Le Dr F.F._____ a ainsi exposé soigneusement sur la base de ses constatations cliniques objectives et de son analyse de l'ensemble des pièces à disposition, les raisons médicales le conduisant à retenir en définitive le taux inférieur attribué à une arthrose moyenne du genou de 10-30%. Il n'y a aucune estimation médicale mettant en doute ses conclusions.

C'est donc à juste titre que la CNA a retenu le taux de 10%. Quant au gain annuel de 106'800 fr. retenu par l'intimée, il n'est pas critiquable et le recourant ne le conteste d'ailleurs pas.

On ajoutera que l'art. 36 al. 4 OLAA prévoit qu'une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible. Cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (RAMA 1998 no U 320 p. 602 consid. 3b et la référence). Dès lors, à supposer que la survenance d'une future aggravation de l'atteinte à la santé puisse être considérée comme une circonstance établie, si cette aggravation n'est pas quantifiable elle ne peut être prise en considération (ATFA du 22 septembre 2000, U 173/00). Le Dr F.F._____ précise d'ailleurs que son estimation se fonde sur une appréciation actuelle qui devra être modifiée en cas d'aggravation.

Cette évaluation n'exclut donc pas une indemnité complémentaire à celle de 10% allouée si à l'avenir, l'atteinte à l'intégrité venait à s'aggraver de façon importante et durable.

Dans ces circonstances, ce dernier grief du recourant s'avère infondé et ne peut dès lors qu'être rejeté.

9. Le dossier est complet, permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît dès lors inutile et la requête du recourant en ce sens doit être rejetée (ATF 134 I 140 consid. 5.3; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014, consid. 4.2.1 et les références).

Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

10. a) Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat (art. 118 al. 1 let. c CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office. Celui-ci a produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat de sorte qu'elle doit être arrêtée à 14 heures et 60 centièmes, soit un montant d'honoraires s'élevant à 2'628 francs. Il y a lieu d'ajouter la TVA de 8%, soit 210 fr. 24. Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). Ceux-ci s'élèvent à 276 fr. 37 TVA comprise. L'indemnité d'office du conseil du recourant doit donc être arrêtée à 3'114 fr. 60, TVA comprise.

La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre

2010, RS 211.02.3]) en tenant compte des montants payés le cas échéant à titre de franchise depuis le début de la procédure.

b) Le présent arrêt est rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA), ni dépens, le recourant n'ayant pas obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 16 janvier 2014 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.
- IV. L'indemnité d'office de Me François Chanson, conseil du recourant, est arrêtée à 3'114 fr. 60 (trois mille cent quatorze francs et soixante centimes), TVA comprise.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me François Chanson (pour T. _____),
- Me Olivier Derivaz (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

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 :