

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 25 octobre 2016

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mme Thalmann et M. Piguet, juges  
Greffière : Mme Rochat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Syndicom, à Berne,

et

**P.**\_\_\_\_\_, à Lucerne, intimée.

---

**Art. 10, 16 et 18 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** F.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé dès le mois de juin 2005 à plein temps pour le compte de [...], au poste de coupeur, son travail consistant à alimenter une machine de coupe pour obtenir les bons formats, puis gérer la plieuse et l'encarteuse, ce travail s'effectuant exclusivement debout.

Le 22 avril 2012, en jouant en football, l'assuré a été « taclé » par un adversaire et blessé au genou droit.

Le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, a dispensé les premiers soins et a attesté une incapacité de travail totale dès le 23 avril 2012, d'une durée probable de trois à quatre semaines.

A la suite d'une IRM [imagerie par résonance magnétique] du 26 avril 2012, la Dresse H.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a constaté la rupture complète de la partie supérieure du ligament collatéral interne, une lésion de grade II de la partie supérieure du ligament collatéral externe, la déchirure subtotal à complète de la partie proximale du LCP [ligament croisé postérieur], la séparation ménisco-capsulaire du ménisque interne et une probable déchirure de sa corne postérieure, et a suspecté une déchirure de la partie postérieure de la corne antérieure et du corps du ménisque externe.

Le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a en premier lieu opté pour un traitement conservateur, avec physiothérapie. Les 13 juin et 6 juillet 2012, il a constaté une évolution globalement favorable, l'incapacité de travail demeurant totale. Le 5 octobre 2012, le Dr C.\_\_\_\_\_ a observé qu'objectivement, l'évolution était favorable, avec la récupération d'une marche normale, estimant l'assuré apte à reprendre progressivement une activité adaptée.

L'assuré a été examiné le 29 novembre 2012 par le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin

d'arrondissement auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée), qui a constaté dans son rapport du même jour que subjectivement, il subsistait des douleurs à la mise en route et à la marche avec un périmètre limité à 20 à 30 minutes. Objectivement, la trophicité musculaire était excellente, avec une fonction légèrement diminuée et une laxité interne et postérieure modérée. Sur le plan médical, le traitement de physiothérapie était terminé, et le patient poursuivait un programme de fitness. Il prenait du Dafalgan de manière irrégulière. De l'avis du Dr D.\_\_\_\_\_, le traitement devait demeurer conservateur chez un patient de 53 ans, en l'absence d'instabilité, de blocage et d'hydarthrose itérative du genou. Le cas n'était toutefois pas encore stabilisé. Une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle n'était pas envisageable à l'heure actuelle. En revanche l'assuré pouvait mettre en valeur une pleine capacité de travail dans une activité adaptée alternant les positions assise-debout avec peu de déplacements et ports de charges maximal de 5 à 10 kg, en évitant les positions avec accroupissement. Un nouveau bilan à la fin du printemps 2013 était proposé.

L'assuré a été licencié avec effet au 31 janvier 2013.

Le 22 février 2013, l'assuré a déposé une demande auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Dans ce cadre, il a bénéficié d'un reclassement professionnel (17 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]).

Le 25 juillet 2013, le Dr D.\_\_\_\_\_ a réexaminé l'assuré. Dans son rapport d'examen médical final du même jour, il a relevé qu'il subsistait subjectivement à la mise en route et à la marche des douleurs, avec un périmètre limité à 45 à 60 minutes. Objectivement, la trophicité musculaire était excellente, avec une fonction légèrement diminuée et une laxité interne et postérieure. Sur le plan médical, la situation pouvait être considérée comme stabilisée. Toutefois, un retour durable vers l'activité habituelle n'était pas envisageable. En revanche, dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière, avec les limitations

fonctionnelles suivantes : alternance des positions de travail assis-debout, peu de déplacements, pas de déplacement en terrain accidenté, port de charge limité à 5-10 kg, pas d'activité au sol ou nécessitant des positions de travail accroupies, et pas d'usage d'échelle ou d'escabeau.

Le 25 juillet 2013 également, le Dr D.\_\_\_\_\_ a estimé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) à 10%, en se fondant sur la table 6, page 6.2 des barèmes d'indemnisation, en retenant le taux moyen attribué à une instabilité modérée du genou avec atteinte des ligaments latéraux et croisés (5-15%).

L'assuré a été adressé au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV) par le Dr C.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 9 avril 2014, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a constaté l'échec du traitement conservateur pour une déchirure complète proximale du complexe ligamentaire interne associée à une déchirure complète du LCP de son genou droit, la symptomatologie résiduelle étant dominée par des douleurs auxquelles s'associaient à l'arrière-plan des sensations d'instabilité. La situation se serait décompensée depuis la fin 2013, alors que le patient avait débuté une réorientation professionnelle.

Les conclusions du rapport d'IRM du genou droit du 22 avril 2014 du Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, sont les suivantes :

« Pas de lésion méniscale décelée. Chondropathie de grade III sur le versant fémoral du compartiment fémoro-tibial médial. Aspect continu du ligament croisé postérieur et du ligament collatéral médial avec cependant un aspect tuméfié et un hyper-signal relatif de ces deux ligaments. Infiltration oedémateuse des tissus mous pré-patellaires ».

Dans son rapport du 13 juin 2014 au Dr C.\_\_\_\_\_, le Dr M.\_\_\_\_\_ a relevé ne pas avoir retrouvé à l'IRM de signe de déchirure méniscale interne comme suggéré sur l'IRM réalisée au mois de janvier 2012. Pour le Dr M.\_\_\_\_\_, une reconstruction ligamentaire interne associée à une reconstruction ou un renforcement du LCP pourraient

éventuellement améliorer la symptomatologie d'instabilité mais aurait un résultat totalement imprévisible sur la symptomatologie douloureuse. Il proposait de réévaluer l'assuré à trois mois.

L'assuré a touché les prestations de chômage à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2014.

Le 15 septembre 2014, le Dr M. \_\_\_\_\_ a noté que le patient avait bénéficié d'une infiltration à l'insertion proximale du ligament collatéral interne, qui n'avait pas permis d'améliorer la symptomatologie douloureuse, même de façon temporaire. Depuis une dizaine de jours, il bénéficiait en outre d'une attelle articulée de type LCP en carbone sur mesure. Les sensations d'instabilité étaient améliorées selon l'assuré, mais pas les douleurs. A l'examen clinique, les amplitudes articulaires demeuraient préservées. Pour le Dr M. \_\_\_\_\_, une prise en charge chirurgicale de reconstruction ligamentaire n'améliorerait pas la symptomatologie douloureuse.

Le 10 octobre 2014, l'assuré a été examiné par la Dresse Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Dans son rapport du 13 octobre 2014 au Dr M. \_\_\_\_\_, elle a diagnostiqué des gonalgies gauches et limitations fonctionnelles post-traumatiques, avec status post-déchirure du ligament croisé postérieur et du ligament latéral interne du genou gauche traitée conservativement et des lésions chondrales stade III du condyle fémoral interne. La Dresse Z. \_\_\_\_\_ se disait assez pessimiste quant à la résolution des problèmes de l'assuré par une intervention chirurgicale pour stabiliser le genou. Elle proposait dès lors de la physiothérapie à sec et en piscine. Elle relevait pour le surplus que le problème majeur de l'assuré demeurait sa réinsertion professionnelle. Dans ce sens, la Dresse Z. \_\_\_\_\_ était d'avis que le statut actuel au niveau du genou était séquellaire à son accident et qu'il était incompatible avec une activité debout ou nécessitant des marches prolongées. Par contre, en position assise, avec possibilité de se lever, le patient pouvait être réadapté progressivement. Elle avait fait part à l'assuré de son appréciation concernant sa capacité de travail et espérait

qu'il arriverait à se réinsérer dans la vie active et dans un travail adapté le plus rapidement possible.

A la requête de la CNA, l'employeur a fait savoir qu'en 2012, le salaire de base de l'assuré serait de 5'348 fr. par mois, le 13<sup>ème</sup> salaire étant de 5'313 francs. Le 12 février 2015, l'employeur a indiqué qu'il n'y aurait pas eu d'augmentation de salaire depuis 2011.

La CNA a examiné 173 descriptions de postes de travail (ci-après : DPT). Elle en a sélectionné 5, savoir 4 postes de collaborateur de production, et un poste d'aide de restaurant (caissier polyvalent), la moyenne des salaires étant de 55'845 fr. 60 par année.

La Dresse Z. \_\_\_\_\_ a revu l'assuré le 3 juin 2015. Dans son rapport du 4 juin 2015 au Dr G. \_\_\_\_\_, elle a fait état de ce qui suit :

« Conclusion :

Nous nous trouvons à 3 ans après un accident de football qui avait entraîné une déchirure du ligament croisé postérieur et du ligament latéral interne, traitée conservativement. Le dernier bilan radiologique de 2014 a aussi montré des lésions chondrales stade III du condyle fémoral interne. Cette situation peut bien expliquer la persistance d'un certain état algique et des limitations fonctionnelles lorsqu'il s'agit de la marche ou de la station debout prolongées. Je dois avouer que j'ai de la peine à comprendre les limitations que le patient annonce pour rester assis.

On peut conclure que nous nous trouvons dans un stade séquellaire et du point de vue réadaptation il est difficile de s'imaginer qu'il puisse récupérer actuellement. Je n'ai malheureusement pas de proposition thérapeutique sinon d'ajuster légèrement son antalgie et en plus du Dafalgan prendre épisodiquement de l'Irfen.

J'ai conseillé à Monsieur F. \_\_\_\_\_ de poursuivre ses démarches pour se trouver un travail adapté dans une activité qui tient compte de ses limitations fonctionnelles, soit éviter la station debout et la marche prolongée et le travail en zone basse ».

Le 2 juillet 2015, la CNA a fait savoir à l'assuré qu'elle continuerait à prendre en charge un suivi médical espacé à long terme ainsi qu'une médication antalgique ponctuelle. Pour le surplus, elle lui faisait savoir qu'il avait droit à une rente et à une IPAI, et qu'il lui

incombait de mettre à profit sa capacité de travail en exerçant une activité adaptée à son état de santé.

Par projet de décision du 14 juillet 2015, l'OAI informé l'assuré qu'elle entendait lui refuser la rente, dès lors qu'il pouvait exercer une activité adaptée (alternance des positions assis/debout avec peu de déplacements et port de charges de 5 à 10 kg en évitant les positions avec accroupissement) à plein temps, et qu'il résultait de la comparaison des revenus sans (69'489 fr.) et avec (59'542 fr. 57) invalidité une perte de gain de 9'946 fr. 43 correspondant à un degré d'invalidité de 14,31% qui, inférieur à 40%, n'ouvrait pas le droit à la rente. Le revenu avec invalidité était arrêté sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), avec un abattement de 10% compte tenu des limitations fonctionnelles.

Par décision du 4 septembre 2015, la CNA a fixé la rente de l'assuré à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2014 à 926 fr. 50, compte tenu d'une incapacité de gain de 20%. Elle a retenu pour l'essentiel que compte tenu des séquelles accidentelles, il serait en mesure d'exercer à plein temps une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition que les tâches à exécuter ne demandent pas ou peu de déplacement, d'éviter les positions accroupies, l'usage des échelles ou d'escabeaux, le port de charges devant être limité à 5 à 10 kg maximum. Il gagnerait alors 4'653 fr. par mois dans une telle activité. Comparé au revenu mensuel de 5'790 fr. réalisable sans l'accident, il en résultait une perte économique de l'ordre de 20%. En outre, l'IPAI, de 10%, justifiait le versement d'un montant de 12'600 francs.

L'assuré, représenté par Syndicom, a formé opposition à cette décision le 8 octobre 2015. Il a pour l'essentiel contesté pouvoir œuvrer à plein temps dans une activité adaptée, en faisant valoir que le stage qu'il avait suivi au Centre de formation [...] avait permis d'établir qu'il n'avait pas un plein rendement. Il a en outre fait valoir qu'un abattement de 25% aurait dû être effectué sur le revenu d'invalidité et contesté le taux de l'IPAI.

Complétant son opposition le 13 novembre 2015, il a ajouté que de l'avis de la Dresse Z.\_\_\_\_\_ du 25 juin 2015, sa situation avait évolué défavorablement, si bien que sa capacité de rendement réduite constatée au Centre de formation [...] ne s'était pas améliorée.

Par décision sur opposition du 23 novembre 2015, la CNA a rejeté l'opposition. Elle a exposé que le revenu d'invalidé retenu ne pouvait faire l'objet d'un abattement dès lors qu'il avait été établi sur la base des DPT, confirmant le taux d'invalidité de 20%, de même que l'IPAI de 10%.

**B.** Par acte du 11 janvier 2016, F.\_\_\_\_\_, toujours représenté par Syndicom, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une IPAI de 15%, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction pour le surplus. En substance, il fait valoir que l'appréciation du Dr D.\_\_\_\_\_ du 25 juillet 2013 sur laquelle se fonde l'intimée a été remise en cause par les rapports médicaux subséquents de la Dresse Z.\_\_\_\_\_, qui a fait état d'une évolution défavorable, alors que le Dr D.\_\_\_\_\_ mentionnait une évolution favorable. Il soutient encore que selon la Dresse Z.\_\_\_\_\_, seule une activité en position assise uniquement, avec possibilité de se lever, est envisageable, appréciation en contradiction avec celle du Dr D.\_\_\_\_\_. Pour lui, ces contradictions sont dues au fait que les lésions chondrales de stade III ont été découvertes par le Dr M.\_\_\_\_\_ en 2014, soit postérieurement au rapport final du Dr D.\_\_\_\_\_. Il ajoute encore que le fait que la Dresse Z.\_\_\_\_\_ indique qu'il peut être réadapté progressivement ne signifie pas qu'il n'y a pas de baisse de rendement. Il relève enfin que même si la Dresse Z.\_\_\_\_\_ peine à s'expliquer ses limitations pour rester assis, cela ne signifie pas qu'elles n'existent pas. Dans un autre moyen, il relève qu'une capacité de travail de 38% a été constatée lors de son stage au Centre de formation [...], et que c'est dès lors cette capacité qui doit être retenue. Pour lui, à tout le moins, sa capacité de rendement réelle doit être examinée. En dernier lieu, il

conteste l'IPAI, estimant qu'elle doit être arrêtée à 15%. Avec son recours, il produit notamment un courriel de la fondation [...] du 14 septembre 2015, selon lequel le taux du stage avait été réduit à 50% après deux jours en raison des douleurs, ainsi que le rapport final de la fondation [...] du 15 septembre 2015, à teneur duquel il n'avait pas été en mesure de trouver une posture de travail qui lui évitait de subir de fortes douleurs, si bien que le stage avait été interrompu. Le 1<sup>er</sup> février 2016, le recourant a encore produit un rapport d'évaluation de pré-stage de la fondation [...] du 28 janvier 2016, selon lequel il n'était pas apte au placement en raison de ses problèmes physiques, ainsi qu'une convocation à une visite médicale de l'Office régional de placement de [...] du 29 janvier 2016.

Dans sa réponse du 16 mars 2016, la CNA a partiellement acquiescé au recours, en reconnaissant que c'est une IPAI de 15% et non de 10% qui aurait dû être versée. Elle a rejeté pour le surplus les arguments du recourant et maintenu que le taux de la rente de 20% devait être confirmé. Elle produit en outre une appréciation chirurgicale des Dresses K. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_, toutes deux spécialistes en chirurgie, du 15 mars 2016, dont les conclusions sont les suivantes :

« En considérant des séquelles accidentelles limitées au genou droit et symptomatiques lors de la déambulation, et en rejoignant l'avis des Drs Z. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_, il n'existe pas de limitation horaire ou de rendement à considérer dans l'exercice d'une profession adaptée, à savoir une activité en position assise, avec possibilité de se lever, avec peu de déplacements, sans déplacement en terrain accidenté, sans port de charge supérieur à 10 kg, sans activité au sol ou nécessitant des positions de travail accroupies et sans usage d'échelle ou d'escabeau.

En sachant que M. F. \_\_\_\_\_ souffre d'un état après atteinte du ligament croisé postérieur et du ligament collatéral interne avec une instabilité ligamentaire estimée par les différents médecins impliqués comme modérée, et que la chondropathie de stade III au niveau condyle fémoral interne droit était déjà présente sur l'IRM réalisée le 26 avril 2012, donc non relevant pour l'évaluation du taux d'atteinte à l'intégrité, il nous appartient de retenir comme taux de l'atteinte à l'intégrité en se fondant uniquement sur la table 6.2 des barèmes d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20], un taux de 15%.

### **Réponse aux questions**

En sachant que M. F. \_\_\_\_\_ présentait déjà une chondropathie de stade III au niveau du condyle fémoral interne droit sur l'IRM du 26 avril 2012, cette chondropathie n'étant pas une atteinte séquellaire de l'accident du 22 avril 2012, il est approprié d'exclure cette chondropathie lors de l'évaluation du taux d'atteinte à l'intégrité. Eu égard au fait que, les différents médecins, orthopédistes, rhumatologue et médecin d'arrondissement partagent le même avis, à savoir que l'instabilité ligamentaire présentée par M. F. \_\_\_\_\_ au niveau du genou droit est modérée, nous retenons, en se fondant sur la table 6.2 des barèmes d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA, un taux de 15%.

En retenant un état séquellaire limité au genou droit et en se joignant à l'avis des Drs M. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_, il est conclu que M. F. \_\_\_\_\_ peut exercer une activité professionnelle adaptée sans restriction horaire ou de rendement pour autant que les limitations fonctionnelles suivantes : une activité en position assise, avec possibilité de se lever, avec peu de déplacements, sans déplacement en terrain accidenté, sans port de charge supérieur à 10 kg, sans activité au sol ou nécessitant des positions de travail accroupies et sans usage d'échelle et d'escabeau, soient respectées. Le Dr D. \_\_\_\_\_ a été pour sa part moins limitant, le diagnostic de chondropathie, bien que déjà visible sur l'IRM du 22 avril 2012 et étant un facteur prédictif négatif quant à l'évolution d'une articulation, lui ayant fait défaut ».

Dans sa réplique du 25 avril 2016, le recourant a argué du fait que le stage auprès de la fondation [...] était adapté à ses limitations fonctionnelles, estimant dès lors que l'appréciation des Dresses K. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_ n'apportait pas d'explication tangible quant à sa baisse de rendement, dont il estime qu'il doit être tenu compte pour la fixation dans le rente. Dans un autre moyen, il a contesté le revenu d'invalidé retenu, en faisant valoir qu'un abattement de 25% devrait être opéré.

En duplique, le 17 mai 2016, la CNA a exposé que les stages effectués par le recourant n'étaient en réalité pas adaptés à ses limitations fonctionnelles. Elle a pour le surplus maintenu que si le revenu d'invalidé était établi sur la base de l'ESS, alors un abattement de 10% serait suffisant.

**C.** Le dossier de l'assurance-invalidité du recourant a été produit et les parties invitées à se déterminer à son sujet. Les deux parties ont déclaré maintenir leur position après consultation dudit dossier.

Le dossier de l'assurance-invalidité comporte en particulier les pièces suivantes :

- Un rapport du Centre de formation [...] du 7 mars 2014, relevant notamment ce qui suit :

« Votre assuré est une personne qui doit être accompagnée car sa vigilance s'estompe s'il doit lui-même s'imposer un rythme ou un programme. Il a besoin qu'on lui fixe des objectifs progressifs. Il signale de grandes douleurs qui sont, dans le contexte de l'atelier, difficilement objectivables. Les activités dans le domaine de la bureautique sont celles qui semblent les plus adaptées tant à ses compétences intellectuelles qu'à ses capacités physiques. Ses limitations se situent plus particulièrement sur deux aspects : l'un étant sa problématique au genou et l'autre une certaine fragilité psychologique ».

- Un rapport du 11 février 2016 du médecin-conseil du Service de l'emploi selon lequel le recourant peut exercer une activité adaptée à 100% dans tout secteur tenant compte de ses restrictions (éviter les positions debout prolongées [1h], pas de déplacements réguliers de plus de 30 mètres au lieu de travail, pas d'escalier, pas d'escabeau ni d'échelle, pas de charges limité à 5 kg) ;

- Un certificat médical du Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, selon lequel le recourant était en incapacité de travail totale dès le 2 mars 2016 ;

- Un rapport du Dr B.\_\_\_\_\_, du 20 juin 2016 selon lequel le recourant bénéficiait d'une psychothérapie de soutien depuis le 2 mars 2016, en raison de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive depuis le début de l'année 2016, le Dr B.\_\_\_\_\_ ajoutant que les limitations fonctionnelles s'étaient péjorées avec l'apparition de la symptomatologie dépressive.

**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 du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 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)** Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui 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).

**c)** En l'espèce, le recours a été formé en temps utile - compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. b LPGA) - auprès du tribunal compétent à raison du lieu. Il satisfait en outre aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

**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 (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a).

**b)** Le litige porte sur le calcul du taux d'invalidité et l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité découlant de la décision sur opposition rendue par la CNA le 23 novembre 2015, singulièrement sur l'évaluation de la capacité de travail du recourant.

**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.

Selon la jurisprudence relative aux prestations accordées selon la LAA en cas d'accident professionnel et non professionnel, le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'évènement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'évènement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'assureur ou, cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b). Ainsi, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet évènement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est

revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine ; TF 8C\_638/2011 du 23 août 2012 consid. 3) ; le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_919/2010 du 3 novembre 2011 consid. 5).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 précité consid. 3.2, 129 V 402 consid. 2.2, 125 V 456 consid. 5a et les références citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a). Ainsi, l'examen du rapport de causalité adéquate est superflu lorsque, sur la base de l'appréciation médicale, le lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et les troubles signalés n'a pas été prouvé à tout le moins selon le critère de la vraisemblance prépondérante (ATF 119 V 335 consid. 4c).

**b)** L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

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

traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents et d'assurance-invalidité, où elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré (art. 7 et 8 LPGA) ; 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 (ATF 131 V 362 consid. 2.2.1, 126 V 288 consid. 2a et 2d, 119 V 471 consid. 4a ; VSI 2004 p. 185 consid. 3 ; TFA I 766/04 du 7 juin 2005 consid. 4). D'un autre côté, une évaluation entérinée par une décision entrée en force d'un assureur ne peut pas rester simplement ignorée par un autre assureur, qui ne peut s'en écarter que s'il existe des motifs suffisants ; peuvent constituer de tels motifs le fait qu'une évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable, qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré ou de mesures d'instruction extrêmement limitées ou superficielles, ou encore qu'elle n'est pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 288 consid. 2d ; TFA I 766/04 du 7 juin 2005 consid. 4). Il faut en outre tenir compte du fait que l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré ; c'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4, 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2).

**4.** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de

porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la CNA n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi, raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

**5.** Le recourant s'est blessé le 22 avril 2012 au genou droit en jouant au football. Le traitement a été conservateur, avec une évolution décrite initialement comme favorable (cf. rapports des 13 juin, 6 juillet et 5 octobre 2012 du Dr C. \_\_\_\_\_). Du reste, le Dr C. \_\_\_\_\_ a estimé le 4 octobre 2012 déjà que le recourant était apte à reprendre progressivement une activité adaptée. Il n'est en effet pas contesté que l'activité habituelle de coupeur exercée par le recourant pour le compte de [...] n'est plus adaptée, dans la mesure où elle s'effectue uniquement en position debout. Le Dr D. \_\_\_\_\_ a fait un constat concordant à celui du Dr C. \_\_\_\_\_ à l'occasion de son examen du recourant le 29 novembre 2012, en relevant toutefois que l'état n'était pas encore stabilisé.

La CNA a défini l'exigibilité sur la base du rapport d'examen médical final du Dr D. \_\_\_\_\_ du 25 juillet 2013. Selon ce médecin, la situation pouvait alors être considérée comme stabilisée sur le plan médical. Un retour durable vers l'activité habituelle n'était pas envisageable ; en revanche, dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière, avec les limitations fonctionnelles suivantes : alternance des positions de travail assis-debout, peu de déplacements, pas de déplacement en terrain accidenté, port de charge limité à 5-10 kg, pas d'activité au sol ou nécessitant des positions de travail accroupies, et pas d'usage d'échelle ou d'escabeau. Or le recourant soutient que c'est à tort que la CNA s'est fondée sur l'appréciation médicale finale du Dr D. \_\_\_\_\_ du 25 juillet 2013, alors qu'il est d'avis qu'elle est contredite par les autres médecins qui l'ont examiné postérieurement, d'une part, ainsi que par les observations faites dans le cadre des mesures de reclassement au Centre de formation [...], et auprès de la fondation [...].

Il est exact que le recourant a été examiné par le Dr M. \_\_\_\_\_ et la Dresse Z. \_\_\_\_\_ postérieurement à l'examen médical final du Dr D. \_\_\_\_\_ du 25 juillet 2013. Toutefois ces médecins n'ont pas fait des constats différents de celui du Dr D. \_\_\_\_\_, ce dernier ayant déjà relevé que subjectivement, le recourant présentait des douleurs à la mise en route et à la marche. S'agissant plus particulièrement de la Dresse Z. \_\_\_\_\_, elle a relevé le 10 octobre 2014 que le statut actuel au niveau du genou était séquellaire à l'accident et qu'il était incompatible avec une activité debout ou nécessitant des marches prolongées, ce qui n'est au demeurant pas contesté par l'intimée. La Dresse Z. \_\_\_\_\_ a en outre précisé qu'en position assise, avec possibilité de se lever, le patient pouvait être réadapté progressivement. Elle a du reste fait savoir au recourant qu'elle espérait qu'il puisse se réinsérer dans la vie active et dans un travail adapté le plus rapidement possible. Le 4 juin 2015, la Dresse Z. \_\_\_\_\_ a une nouvelle fois expliqué, après examen du recourant, lui avoir conseillé de poursuivre ses démarches pour trouver un travail adapté dans une activité tenant compte de ses limitations fonctionnelles, savoir éviter la station debout et la marche prolongées, ainsi que le travail en zone basse. Dans son rapport, elle a pour le surplus dit avoir de la peine à comprendre les limitations annoncées par le patient pour rester assis.

Les rapports des Drs M. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_ ont été soumis à la division Médecine des assurances de l'intimée, s'agissant en particulier du point de savoir si le recourant pouvait travailler en position assise-debout, ou seulement assise. A cet égard, les Dresses K. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_ ont relevé que la capacité de travail était entière, sans limitation horaire ou de rendement, dans l'exercice d'une activité adaptée, savoir une activité en position assise, avec possibilité de se lever, avec peu de déplacements, sans déplacement en terrain accidenté, sans port de charge supérieur à 10 kg, sans activité au sol ou nécessitant des positions de travail accroupies et sans usage d'échelle ou d'escabeau. Les Dresses K. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_ se sont donc entièrement ralliées à l'appréciation de la Dresse Z. \_\_\_\_\_. Pour le surplus, et quoi qu'en dise le recourant, sa capacité de rendement est bel et bien entière, l'affirmation

de la Dresse Z.\_\_\_\_\_ selon laquelle il pourrait être réadapté « progressivement » ne signifiant pas qu'il présente une baisse de rendement. On observera du reste encore dans ce contexte que le médecin-conseil du Service de l'emploi a estimé le 11 février 2016 que le recourant pouvait exercer une activité adaptée à 100% dans tout secteur tenant compte de ses restrictions (éviter les positions debout prolongées [1h], pas de déplacements réguliers de plus de 30 mètres au lieu de travail, pas d'escalier, pas d'escabeau ni d'échelle, pas de charges limité à 5 kg).

Certes les Drs M.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ font état de lésions chondrales stade III du condyle fémoral interne qui n'avaient jusqu'alors pas été évoquées (cf. rapport d'IRM du 22 avril 2014 et rapport du 13 octobre 2014 de la Dresse Z.\_\_\_\_\_). Toutefois les Dresses K.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ ont exposé de façon détaillée et convaincante, sans être contredites, que cette atteinte était en réalité déjà présente à l'IRM du 26 avril 2012, si bien qu'elle n'était pas une atteinte séquellaire de l'accident du 22 avril 2012. La chondropathie est en effet une souffrance du cartilage articulaire due à des pressions excessives ou mal réparties sur le cartilage, lesdites atteintes étant évolutives. Ainsi comme la chondropathie était déjà présente à l'IRM réalisée 4 jours après l'accident, elle ne peut lui être séquellaire. Dès lors, même si la chondropathie a été mentionnée en premier lieu en 2014 par le Dr M.\_\_\_\_\_, à la suite du rapport d'IRM du 26 avril 2014, il n'en demeure pas moins qu'elle n'est pas imputable à l'accident du 22 avril 2012.

Dans un autre moyen, le recourant se prévaut des stages professionnels qu'il a effectués pour fonder une baisse de sa capacité de travail dans une activité adaptée. Or sur ce point, les Dresses K.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ peuvent également être suivies lorsqu'elles exposent en p. 11 de leur appréciation du 15 mars 2016 que le stage mis en œuvre auprès de la fondation [...], de magasinier/logisticien, n'était pas indiqué, puisque les membres inférieurs, l'articulation des genoux en particulier, étaient constamment mis à contribution, l'activité de magasinier consistant en une activité principalement debout, avec de nombreux déplacements et

ports de charges. S'agissant du rapport d'évaluation de pré-stage à la fondation [...], les Dresses K.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ ont pour le surplus exposé ne pas voir le lien entre la nécessité de changements de position et les séquelles du recourant au niveau du genou droit, ne comprenant par ailleurs pas pourquoi ces changements de position nécessiteraient des pauses supplémentaires entraînant une baisse de rendement.

On rappellera au demeurant que les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas et l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle (arrêts 8C\_776/2009 du 19 juillet 2010 consid. 5.2 et I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).

Dans ces conditions, le recourant ne peut se prévaloir des rapports d'observation professionnelle pour fonder une baisse de rendement dans une activité adaptée, sa capacité de travail dans une telle activité étant entière, moyennant respect de ses limitations fonctionnelles (activité en position assise, avec possibilité de se lever, avec peu de déplacements, sans déplacement en terrain accidenté, sans port de charge supérieur à 10 kg, sans activité au sol ou nécessitant des positions de travail accroupies et sans usage d'échelle ou d'escabeau).

**6.** Cela étant constaté, encore faut-il déterminer le degré d'invalidité présenté par le recourant.

**a)** Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA ; TF 8C\_125/2010 arrêt du 2 novembre 2010 consid. 2). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus, avec et sans invalidité, et en les confrontant l'un avec l'autre, la

différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 130 V 343 consid. 3.4, 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C\_748/2008 arrêt du 10 juin 2009, consid. 2.1).

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé — soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible — le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2, 129 V 472 consid. 4.2.1). La jurisprudence admet que les DPT, qui reposent sur des postes de travail concrets et permettent de ce fait une approche différenciée des activités exigibles en prenant en compte les limitations dues au handicap de l'assuré, les autres circonstances personnelles et professionnelles, ainsi que les aspects régionaux, constituent une base plus concrète que les données tirées de l'ESS pour apprécier le salaire d'invalidé, même si le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence à l'une ou l'autre de ces méthodes d'évaluation (ATF 129 V 472 consid. 4.2 ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2e éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n °176).

En ce qui concerne le taux d'abattement, la mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits 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). Une déduction globale maximale 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 p. 79 s.).

**b)** Le recourant ne conteste pas le revenu sans invalidité retenu par l'intimée. Par contre, il soutient qu'un abattement de 25% aurait dû être opéré sur le revenu d'invalidé. Certes la CNA a initialement

fondé le revenu avec invalidité sur la base des DPT, ce qui excluait dès lors un abattement. Toutefois, dans la mesure où les Desses K. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_ ont fait état d'une activité en position assise avec possibilité de se lever, la CNA a estimé que les DPT retenues n'étaient plus adaptées et a dès lors calculé dans sa réponse au recours le revenu avec invalidité en se référant à l'ESS. Elle a ainsi pris le salaire de 5'210 fr. par mois en 2012, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise, réalisé par des hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, qu'elle a adapté au nombre d'heures travaillées en 2014, portant ce salaire à 5'431 fr. 43 (5'210 fr. x 41,7 : 40), correspondant à un salaire annuel de 65'177 fr. 10. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires de 2012 à 2013, puis de 2013 à 2014, elle a retenu un salaire annuel de 66'158 fr. 41. Afin de tenir compte des limitations fonctionnelles, elle a procédé à un abattement de 10%, portant ainsi le salaire d'invalidité à 4'961 fr. 90 par mois. En comparant ce revenu à celui de valide de 5'790 fr., il en résultait un taux d'incapacité de 14,3%, arrondi à 14%, inférieur à celui qu'elle avait arrêté à 20%. Elle a observé que même en retenant un abattement de 15%, le taux d'incapacité serait alors de 19%. Or les limitations fonctionnelles du recourant ne justifient pas un abattement supérieur à 10%. Même à admettre l'âge, la nationalité, le manque de maîtrise de la langue, l'absence de formation et la longue expérience professionnelle dans une activité qui n'est plus adaptée, c'est au plus un abattement global de 15% qui pourrait être retenu. Or, un tel abattement conduit à un taux d'invalidité de 19%, inférieur à celui de 20% retenu par l'intimée, ce dernier taux pouvant dès lors être confirmé.

**7.** Dans un autre grief, le recourant soutient que le taux de l'IPAI arrêté par la CNA à 10% est insuffisant, estimant qu'il devrait être fixé à 15%.

**a)** Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Aux termes de l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 ; RS 832.202), 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. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2).

Selon la jurisprudence, l'atteinte à l'intégrité au sens de cette disposition consiste généralement en un déficit corporel anatomique ou fonctionnel, mental ou psychique. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 218 consid. 4b). De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'aggravation prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin (TF 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2).

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est échelonnée selon la gravité de l'atteinte, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 221 consid. 4b et les références).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent du montant maximum du gain assuré (ATF 124 V 29 consid. 1b et les références). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont

spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, et en vue d'une évaluation encore plus affinée de certaines atteintes, la Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc, 116 V 156 consid. 3a ; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 145/96 consid. 2a) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

**b)** La CNA a admis dans sa réponse que l'IPAI devait être fixée à 15%, en se fondant sur l'appréciation chirurgicale claire et détaillée des DressesK.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_. Cette appréciation n'est pas contredite ; le recourant lui-même estime qu'une IPAI de 15% est justifiée. Dans ces conditions, il convient de constater que l'IPAI aurait dû être fixée à 15% en lieu et place de 10%, ce qui conduit à l'admission du recours sur ce point et à la réforme de la décision attaquée en ce sens.

**8.** En définitive, le recours sera partiellement admis, s'agissant de l'IPAI, qu'il convient de porter de 10 à 15%, et rejeté pour le surplus.

Le recourant peut prétendre à des dépens réduits, qu'il convient de fixer équitablement à 1'000 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Par ailleurs, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires.

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

- I. Le recours est partiellement admis.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 23 novembre 2015 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est réformée en ce sens qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15% est allouée au recourant ; elle est confirmée pour le surplus.
  
- III. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera une indemnité à titre de dépens réduits de 1'000 fr. (mille francs) à F.\_\_\_\_\_.
  
- IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaire.

La présidente :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Syndicom (pour F.\_\_\_\_\_),
- Caisse nationale suisse d'assurance contre les accidents,
- Office fédéral de la sécurité 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).

La greffière :