

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 26 février 2018

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente  
M. Piguet, juge, et M. Gutmann, assesseur  
Greffière : Mme Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**W.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Karim Hichri, avocat  
auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 18 et 24 LAA.**

**E n f a i t :**

**A.** Arrivé en Suisse en 2012, W. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né en 1973, a effectué diverses missions pour le compte de l'agence de placement I. \_\_\_\_\_ SA, en dernier lieu comme aide-étancheur à compter du 25 juin 2013 auprès de U. \_\_\_\_\_ SA. A ce titre, il s'est trouvé assuré contre le risque d'accident et de maladie professionnelle auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, la SUVA, la Caisse, ou l'intimée).

En date du 5 novembre 2013, l'employeur a adressé à la CNA une déclaration de sinistre dont il résultait que, le 31 octobre 2013, l'assuré s'était réceptionné sur le genou droit après avoir glissé sur un échafaudage ; le travail avait été interrompu dès le lendemain. Il était encore précisé que l'horaire de travail dans l'entreprise était de 42,5 heures par semaine et celui de l'intéressé de 42,75 heures par semaine, moyennant un salaire horaire de 25 fr. 73 auquel s'ajoutaient 3 fr. 64 pour les vacances et jours fériés, ainsi que 2 fr. 45 à titre de gratification/part au treizième salaire.

A la suite de cette annonce, la Caisse a pris en charge le cas (indemnités journalières et traitements médicaux).

Dans un rapport du 15 novembre 2013 consécutif à une imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou droit, le Dr X. \_\_\_\_\_, radiologue, a conclu à une altération de grade II à III de la corne postérieure du ménisque interne, avec en particulier irrégularité de sa surface articulaire inférieure, et à une chondromalacie de grade II du cartilage du condyle fémoral interne dans son versant postérieur et interne, observant également l'existence de deux kystes centimétriques postérieurs au ligament croisé postérieur.

Aux termes d'un certificat médical du 10 janvier 2014, le Dr C.\_\_\_\_\_, médecin au Centre médical Z.\_\_\_\_\_, a indiqué que les premiers soins avaient été dispensés le 31 octobre 2013 à l'assuré qui, selon ses dires, était tombé par terre sur son genou droit alors qu'il travaillait. En guise de diagnostics, le Dr C.\_\_\_\_\_ a signalé une chondromalacie de grade II au niveau du cartilage du condyle fémoral interne et une sténose de degré II et III de la corne postérieure du ménisque interne.

Le Dr C.\_\_\_\_\_ a ultérieurement adressé le patient au Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique. Dans un compte-rendu du 13 février 2014, ce dernier a notamment précisé que, le 31 octobre 2013, l'assuré avait glissé en mettant le pied sur une échelle, s'était déporté vers l'arrière pour ne pas tomber en lâchant le tas de bois qu'il avait dans les mains et s'était retrouvé dans un mouvement de flexion forcée du genou avec une douleur immédiate globale, surtout interne. Il a ajouté que l'intéressé annonçait des douleurs antérieures, internes et même de la cheville, marchait avec des cannes et n'avait fait aucune physiothérapie depuis l'accident subi. Sur le plan clinique, il a relevé que la mobilité était excellente et le genou stable sur tous les plans. Quant à l'IRM, elle montrait bien une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne isolée. Le Dr N.\_\_\_\_\_ a également souligné qu'un confrère (le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique) avait conseillé de la physiothérapie en novembre 2013 mais que rien n'avait été entrepris et que le genou était absolument inopérable à l'heure actuelle ; il fallait préalablement rééduquer ce genou à la marche et retrouver la musculature de la cuisse avant d'envisager une intervention.

Des séances de physiothérapie ont conséquemment été prescrites à l'assuré.

Le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la Caisse, a pris position le 17 mars 2014 en estimant notamment que les plaintes étaient disproportionnées au vu de la situation décrite par le Dr N.\_\_\_\_\_.

A teneur d'un rapport intermédiaire du 24 avril 2014, le Dr N. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de déchirure de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit, avec une évolution favorable en physiothérapie pour la récupération de la mobilité et de la charge complète. L'assuré avait ainsi été envoyé auprès d'un spécialiste en vue d'une arthroscopie du genou et méniscectomie.

Par envoi du 4 juillet 2014, le Dr G. \_\_\_\_\_, médecin associé au Service d'orthopédie et traumatologie de l'Hôpital A. \_\_\_\_\_, a fait parvenir à la CNA deux rapports relatifs à des consultations des 30 mai et 13 juin 2014. Du premier rapport, daté du 18 juin 2014, il résultait qu'à l'examen clinique, les amplitudes articulaires étaient complètes et le genou stable au niveau sagittal et coronal. Quant aux images disponibles de l'IRM du 15 novembre 2013, elles laissaient suspecter des déchirures méniscales internes, ainsi que la présence d'un œdème affectant le plateau tibial interne en regard de la déchirure et des signes de chondropathie affectant le condyle et le plateau tibial interne. Une reprise de la physiothérapie avait en outre été proposée avant réévaluation, aux motifs d'un manque de concordance entre la symptomatologie décrite (douleurs permanentes augmentées de façon progressives par la mise en charge) et le diagnostic de lésion méniscale isolée, de l'évolution clinique - avec usage de cannes pendant près de trois mois et état hyper douloureux - elle aussi peu concordante avec le diagnostic susdit, d'un contexte de dépendance alcoolique substituée, ainsi que d'une notion de probable chondropathie affectant l'interligne fémoro-tibial interne. Du second rapport, daté du 30 juin 2014, on extrait ce qui suit :

"J'ai pu disposer d'une copie de l'IRM réalisée le 15.11.2013 à l'institut de radiologie [...]. L'analyse des images confirme une altération de signal de la corne postérieure du ménisque interne mais je ne peux pas visualiser de déchirure claire à ce niveau. Le plateau tibial interne présente un rehaussement de signal au niveau de son bord interne, avec des signes de chondropathie que j'estime à un stade II à III en regard. On retrouve également des lésions chondrales stade II affectant le bord interne de la partie postérieure du condyle fémoral interne.

[...]

Au vu de l'ensemble des éléments, incluant la symptomatologie du patient, son histoire clinique et l'aspect des images de l'IRM, je ne retiens pas d'indication de prise en charge chirurgicale pour ménisectomie"

Prenant une nouvelle fois position le 18 août 2014, le Dr L.\_\_\_\_\_ a observé des incohérences entre les plaintes et l'état radiologique.

Le 15 septembre 2014 a eu lieu un entretien entre l'assuré et un inspecteur de la CNA. Du procès-verbal y relatif, il est ressorti que l'assuré contestait tout antécédent au niveau des genoux et que la physiothérapie - à raison de quatre séances par semaine - était mal supportée.

Par rapport du 13 octobre 2014, le Dr F.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint au Service de rhumatologie de l'Hôpital A.\_\_\_\_\_, a exposé que l'assuré avait été examiné le 1<sup>er</sup> octobre précédent à la consultation de médecine physique et réhabilitation, pour des gonalgies droites persistantes. Il a posé le diagnostic principal de syndrome douloureux chronique du genou droit avec chondropathie fémoro-tibiale interne, probable lésion méniscale de la corne postérieure du ménisque interne et status post-traumatisme du genou droit le 31 octobre 2013. A titre de diagnostic secondaire, il a signalé une probable tendinopathie du tibia postérieur à droite. Concernant le status, il a décrit un patient collaborant mais présentant plusieurs autolimitations, sans trouble statique ni signe inflammatoire et avec une bonne stabilité sur les plans sagittal et frontal. Le Dr F.\_\_\_\_\_ a relevé avoir de la peine à expliquer la persistance du syndrome douloureux chronique du genou, dès lors que l'examen clinique était sans particularité et qu'il n'existait aucun élément radiologique parlant. Il a ajouté avoir prévu une nouvelle IRM.

Le 30 octobre 2014 a été réalisé un examen par le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA. Dans son rapport du 24 novembre 2014, ce dernier a relevé que la mobilité était excellente et la stabilité bonne, et que l'examen clinique était dominé par une amyotrophie du quadriceps

droit avec des douleurs importantes du compartiment interne, localisées à hauteur du ligament latéral et s'étendant jusqu'à l'angle postéro-interne. Le Dr D.\_\_\_\_\_ s'est par ailleurs référé à une prochaine consultation auprès du Dr F.\_\_\_\_\_, ainsi qu'à une IRM du 28 [sic] octobre 2014 à laquelle il n'avait pu avoir accès. Il a de surcroît évoqué l'éventualité d'un séjour à la Clinique [...] (ci-après : la Clinique V.\_\_\_\_\_). Enfin, le Dr D.\_\_\_\_\_ a conclu que l'incapacité était totale dans la profession exercée et qu'en cas d'évolution négative, une réorientation professionnelle devrait être envisagée.

Le 16 décembre 2014, le Dr F.\_\_\_\_\_ a écrit au Dr D.\_\_\_\_\_ pour l'informer qu'une seconde IRM avait mis en évidence une déchirure longitudinale de la corne postérieure du ménisque interne mais que cette lésion n'expliquait que partiellement la symptomatologie douloureuse et qu'une prise en charge chirurgicale n'était pas indiquée, compte tenu également de l'état psychique du patient ainsi que d'autres facteurs contextuels. Le Dr F.\_\_\_\_\_ a ajouté que la physiothérapie serait poursuivie et que l'intéressé avait accepté d'être vu par un psychiatre. En annexe figurait un compte-rendu du 26 novembre 2014 adressé au Dr C.\_\_\_\_\_, aux termes duquel le Dr F.\_\_\_\_\_ reprenait en substance ses précédentes constatations tout en précisant que l'IRM réalisée fin octobre 2014 avait certes montré la lésion méniscale susdite mais qu'il n'y avait aucun problème au niveau des autres structures osseuses et musculo-tendineuses et qu'il n'y avait notamment pas d'œdème osseux sous-chondral ou autre ; il signalait également un patient anxieux et stressé, se sentant inutile et éprouvant une dévalorisation importante.

Dans un rapport d'IRM lombaire du 23 décembre 2014, le Dr X.\_\_\_\_\_ a conclu à une déshydratation des disques L4-L5 avec minime hernie discale paramédiane gauche en partie foraminale L4-L5 gauche, discrète empreinte sur la gaine radiculaire L5 gauche et discrète réaction inflammatoire de voisinage.

Par rapport du 30 mars 2015 destiné au Dr D.\_\_\_\_\_, le Dr F.\_\_\_\_\_ a signalé les diagnostics de syndrome douloureux chronique du

genou droit avec déchirure longitudinale de la corne postérieure du ménisque interne et de status post-traumatisme du genou droit le 31 octobre 2013. Il a relevé que l'assuré, qui marchait avec deux cannes, pouvait se déplacer à l'aide d'une seule canne voire même s'en passer, mais qu'il déclarait une forte douleur et commençait vite à boiter sans ce moyen auxiliaire ; pour le surplus, le genou droit restait sec et non inflammatoire. Au sujet de la symptomatologie lombaire, le Dr F. \_\_\_\_\_ a indiqué avoir tenté de rassurer l'assuré quant à la bénignité de sa pathologie, actuellement sans signes cliniques en faveur d'une hernie discale ; il a en outre insisté sur l'effet délétère que pouvait avoir l'utilisation de cannes à long terme, car l'assuré présentait toujours une amyotrophie du quadriceps droit de non-utilisation. Il a également maintenu que le substrat organique n'expliquait qu'une petite partie de la symptomatologie douloureuse et relevé que l'assuré allait prochainement être vu par un psychiatre. Enfin, le Dr F. \_\_\_\_\_ a précisé que l'intéressé bénéficiait à nouveau d'une prise en charge physiothérapeutique et avait accepté un traitement par Cymbalta à but antidépresseur et antalgique.

Suite à un séjour de l'assuré à la Clinique V. \_\_\_\_\_ du 18 février au 3 mars 2015, les Drs R. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin assistant au Service de réadaptation de l'appareil locomoteur de ladite clinique, ont exposé ce qui suit dans un rapport de synthèse du 21 avril 2015 :

#### **"DIAGNOSTIC PRINCIPAL**

***- Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitations fonctionnelles du genou droit***

#### **DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES**

***- Gonalgies chroniques droites.  
- Lésion méniscale de la corne postérieure du ménisque interne droit (IRM du 29.10.2014)  
- Chute au travail le 31.10.2013 avec notion d'hyperflexion du genou droit.***

#### **CO-MORBIDITES**

***- Dépendance aux benzodiazépines  
- Lombalgies chroniques  
- Troubles lombaires dégénératifs avec discopathie L4-L5***

- **Tabagisme actif (25 UPA).**

## **ANTECEDENTS**

- **Notion de gastrite avec OGD il y a sept ans.**
- **AVP en 2003 avec TCC anamnesticque**
- **Antécédents de consommation de Cannabis et d'alcool, actuellement abstinent**

## **STATUS LOCAL D'ENTREE**

[...]

**Genoux : (côté droit atteint)** absence de lésion à l'*inspection*. Pas de signe inflammatoire.

*Palpation* : Pas d'épanchement. Douleurs diffuses à la palpation des tendons rotulien et quadricipital de l'interligne interne et externe et du creux poplité du genou droit.

Amplitudes articulaires : Flexion-extension 140°-0[°]-0° ddc.

Absence de *laxité* dans le plan latéral et dans le plan sagittal

La mobilité de la *rotule* est libre ddc. Absence de rabet.

Douleurs globales annoncées lors des *épreuves méniscales*, en valgus et en varus à droite.

[...]

## **APPRECIATION ET DISCUSSION**

A l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont des douleurs diffuses du genou droit décrites comme profondes, s'étendant en antérieur le long du tibia et englobant la cheville droite et le pied et le talon droits, de type brûlures. L'intensité des douleurs est estimée de 7 à 9/10, accompagnées de décharges électriques, de picotements. Les douleurs sont absentes la nuit et présentes dès le réveil. Il n'y a pas de notion de blocage. Le périmètre de marche sur de petites distances sans canne est annoncé à 5 minutes et à 20 minutes avec les deux cannes sur terrains plats. Les douleurs seraient augmentées par le maintien de positions statiques assises et debout et par la physiothérapie, et soulagées par les positions couchées et les médicaments.

Il se plaint de douleurs lombaires basses en barres à type d'étirements, estimées de 3 à 9/10, sans extension distale, calmées par les changements de positions et la position couchée et augmentées par la marche et les positions statiques.

[...]

### **Examens radiologiques :**

**IRM du genou droit du 15.11.2013** : aspect inhomogène de la corne postérieure du ménisque interne. Discret œdème au plateau tibial interne sur partie postérieure.

**IRM du genou droit du 29.10.2014** : on retrouve une image longitudinale de la corne postérieure du ménisque interne. Pas d'œdème osseux. Pas d'atteinte ligamentaire.

**IRM lombaire et du bassin du 23.12.2014** : troubles lombaires dégénératifs plus marqués en L4-L5, avec discrète hernie discale

paramédiane gauche L4-L5. Absence de lésion au niveau du bassin et des articulations sacro-iliaques et coxo-fémorales des deux côtés.

Aucun nouveau diagnostic n'a été posé au cours du séjour. Le patient a été vu par notre psychiatre consultant au début du séjour, qui présente un syndrome de dépendance aux benzodiazépines. Au vu de la durée du séjour et en l'absence de demande du patient, aucun traitement de sevrage n'a été proposé, notamment aucun traitement antidépresseur. Le patient aurait pris un traitement antidépresseur dont il ne souvient pas le nom en 2011. Le patient manifeste une kinésiophobie importante, avec peur de se reblessurer et de chuter. Il a été recommandé au patient de prévoir un suivi psychiatrique ambulatoire à la sortie.

Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour (cf. liste diagnostics). [sic]

Des facteurs contextuels, comme l'absence de qualification, l'absence de contrat de travail et l'inactivité prolongée, jouent un rôle important dans les plaintes et limitations fonctionnelles rapportées par le patient et influencent défavorablement le retour au travail.

[...]

L'évolution subjective et objective est non significative [...].

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme faible, chez un patient qui est resté centré sur ses douleurs et très plaintif.

Des incohérences ont été relevées telles qu'une différence significative entre les mobilités des membres inférieurs et rachis dorso-lombaire en situation d'examen et en dehors.

Les limitations fonctionnelles définitives suivantes sont retenues : le port de charges lourdes, montées et descentes répétées d'escaliers, activités nécessitant une position statique debout et penchée en avant prolongée.

La situation est stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. La poursuite d'un traitement de quelques séances de physiothérapie pourrait permettre d'améliorer la qualité de vie du patient.

Aucune nouvelle intervention n'est proposée.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité d'étancheur est défavorable au vu de facteurs non médicaux et de facteurs médicaux retenus après l'accident.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est défavorable au vu des facteurs non-médicaux chez un patient centré sur les douleurs sous-estimant grandement le niveau d'activité qu'il estime pouvoir réaliser."

Par envoi électronique du 3 juillet 2015, la société I. \_\_\_\_\_ SA a transmis à la CNA une liste des missions effectuées par l'assuré durant la période d'octobre 2012 à octobre 2013, la dernière mission ayant plus particulièrement eu lieu du 25 juin au 31 octobre 2013 pour un salaire horaire brut de 31 fr. 82 (soit 25 fr. 73 de salaire de base + 0 fr. 82 pour les jours fériés [ou 3,17 %] + 2 fr. 82 pour les vacances [ou 10,64 %] + 2 fr. 45 pour le treizième salaire [ou 8,33 %]). Dite entreprise a de surcroît fourni des relevés annuels de salaires pour 2012 (salaire brut de 5'912 fr. 40) et 2013 (salaire brut de 39'128 fr. 15), ainsi qu'une copie des contrats de missions de l'intéressé. Concernant l'évolution du salaire de l'assuré dans l'hypothèse où ce dernier aurait poursuivi son activité sans accident et en pleine possession de ses moyens, I. \_\_\_\_\_ SA a fait état d'un salaire horaire brut de 32 fr. 07 en 2014 (soit 25 fr. 85 de salaire de base + 0 fr.93 pour les jours fériés + 2 fr. 84 pour les vacances + 2 fr. 46 pour le treizième salaire) et de 31 fr. 95 en 2015 (soit 25 fr. 85 de salaire de base + 0 fr.82 pour les jours fériés + 2 fr. 83 pour les vacances + 2 fr. 45 pour le treizième salaire).

Après avoir procédé à un examen médical final le 19 août 2015, le Dr B. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a exposé ce qui suit dans un rapport du 26 août 2015 :

### **"Appréciation**

[...]

En résumé, le genou D est sec et stable, avec une flexion et une extension symétrique et physiologique, et la seule pathologie mise en évidence à ce niveau-là est la douleur arguée par le patient à la palpation des interlignes articulaires interne et externe avec douleur extrême à la palpation de la partie postérieure de ces interlignes articulaires encore plus importante à l'intérieur qu'à l'extérieur et douleurs aux signes de sollicitations rotuliennes D, sans signe du rabot.

Du point de vue asséculoologique, la situation en relation avec l'accident du 31.10.2013 peut être considérée comme stabilisée. La seule lésion structurelle en relation avec cet accident est la lésion de la corne postérieure du ménisque interne du genou D. Cette lésion n'a anamnesticquement jamais entraîné de blocage. La seule symptomatologie qui peut être mise en relation avec cette lésion structurelle est la douleur aux manœuvres de sollicitations du

ménisque interne D et dans une moindre mesure à la marche. Le reste de la symptomatologie dont se plaint l'assuré ne peut pas être mis en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 31.10.2013 et ses séquelles.

Les limitations fonctionnelles en relation avec cette lésion méniscale du genou D sont : activité semi[-]sédentaire, sans accroupissement, positions à genou et mouvements de rotation du genou D.

L'accident du 31.10.2013 n'ouvre actuellement aucun droit à une IpAI. En effet, l'examen clinique du genou D de ce jour montre un genou sec et stable, avec flexion-extension physiologique. Les douleurs à la palpation des interlignes articulaires interne et externe et aux tests de sollicitations rotuliennes n'ouvrent pas de droit à une IpAI à elles seules.

Restent à la charge de la Suva, l'éventuel traitement antalgique à base de Paracétamol et d'AINS, ainsi que si prescrites, jusqu'à 2 x 9 séances de physiothérapie par an pour antalgie du genou D."

Aux termes d'un courrier du 22 octobre 2015, la CNA a communiqué à l'assuré que, selon l'examen médical récemment subi, la situation était stabilisée pour les seules suites de l'accident du 31 octobre 2013 et qu'il était par conséquent mis fin au paiement de l'indemnité journalière et des soins médicaux avec effet au 30 novembre 2015 au soir. Continueraient toutefois à être prises en charge la médication antalgique sur prescription médicale, les consultations médicales y relatives (deux à quatre par année), ainsi que la physiothérapie jusqu'au 31 décembre 2015. La Caisse a précisé que l'examen du droit à d'autres prestations d'assurance était en cours.

En date du 14 décembre 2015, la CNA a listé cent dix-neuf descriptions de postes de travail (DPT) et en a sélectionné cinq. Il s'agissait d'un poste d'employé de montage (DPT n° [...] : salaire moyen 57'421 fr., salaire minimum 50'921 fr., salaire maximum 63'920 fr.) et de quatre postes de collaborateur de production (DPT n° [...] : salaire moyen 57'890 fr., salaire minimum 54'640 fr., salaire maximum 61'140 fr. ; DPT n° [...] : salaire moyen 57'951 fr., salaire minimum 52'001 fr., salaire maximum 63'900 fr. ; DPT n° [...] : salaire moyen 58'851 fr., salaire minimum 55'330 fr., salaire maximum 62'372 fr. ; DPT n° [...] : salaire moyen 60'450 fr., salaire minimum 58'500 fr., salaire maximum 62'400

fr.), cette sélection mettant en évidence un salaire moyen de 58'512 fr. 60.

Par décision du 14 décembre 2015, la Caisse a dénié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. Elle a retenu que, sur le plan médical, les séquelles de l'accident étaient compatibles avec l'exercice d'une activité dans différents secteurs de l'industrie, à condition d'éviter les accroupissements, les positions à genoux et les mouvements de rotation du genou droit. Considérant qu'une telle activité était exigible durant toute la journée et permettrait à l'assuré de percevoir un revenu similaire au gain de 59'143 fr. réalisable sans accident, la CNA a conclu qu'il n'existait pas de diminution de la capacité de gain due à l'accident et que, partant, l'intéressé ne pouvait se voir allouer de rente d'invalidité. Elle a observé par ailleurs que, d'après l'examen effectué le 19 août 2015, il n'y avait pas d'atteinte importante à l'intégrité physique, de sorte que les conditions requises pour l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) n'étaient pas remplies.

Par acte du 8 janvier 2016, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision précitée. Il a fait valoir que son état de santé ne cessait de se péjorer depuis l'accident, que ses douleurs étaient constantes et intenses et qu'il restait alité la majeure partie du temps dans la mesure où le moindre mouvement provoquait des douleurs vives et violentes. Il a également contesté être en mesure de reprendre un quelconque travail et annoncé être suivi au Centre de psychiatrie S.\_\_\_\_\_. En annexe figurait une note manuscrite rédigée le 8 décembre 2015 par la Dresse J.\_\_\_\_\_, psychiatre audit centre, exposant que l'assuré se plaignait de douleurs, que sa médication avait été adaptée et qu'il y avait lieu de l'envoyer à la consultation d'antalgie du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier T.\_\_\_\_\_) pour évaluer ses douleurs et réajuster le traitement antalgique.

En date du 2 mars 2016, le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin associé au Centre d'antalgie du Centre hospitalier T.\_\_\_\_\_, a établi un rapport à l'attention du Dr C.\_\_\_\_\_, adressé en copie à la CNA. Il a posé le

diagnostic de syndrome douloureux chronique du genou droit post-traumatique avec chondropathie fémoro-tibiale interne, probable lésion méniscale de la corne postérieure du ménisque interne et status post-traumatisme du genou droit le 31 octobre 2013. Il a également évoqué des diagnostics secondaires sous forme de probable tendinopathie du tibia postérieur à droite et troubles lombaires dégénératifs avec discopathie L4-L5, ainsi que divers antécédents et comorbidités (antécédent d'alcoolisme chronique, dépendance aux benzodiazépines, tabagisme). Concernant l'anamnèse, il a précisé que, le 31 octobre 2013, l'assuré était tombé en arrière pendant qu'il portait du bois et avait ressenti une douleur au genou droit qui était resté coincé pendant la chute, ainsi qu'au dos ; il a également relevé que l'intéressé bénéficiait d'un suivi psychiatrique depuis début 2015. Au status, il a décrit une sensibilité au toucher légèrement diminuée à droite en dessous du genou, avec hypoesthésie de la jambe entre le genou et le pied au froid, et au piquer ; il a également mentionné une flexion du genou à 140° et une extension complète à droite, sans problème à gauche. Au chapitre des examens complémentaires, le Dr H. \_\_\_\_\_ a observé que l'IRM du 29 octobre 2014 montrait une déchirure longitudinale de la corne postérieure du ménisque médial avec début de formation kystique méniscale, sans autre lésion décelable. Enfin, il a proposé diverses adaptations thérapeutiques.

Par courriel du 29 avril 2016, une intervenante de l'Association Q. \_\_\_\_\_ a écrit à la CNA pour le compte de l'assuré, renvoyant au rapport susdit du Dr H. \_\_\_\_\_.

Aux termes d'une correspondance du 7 avril 2016 communiquée à l'assuré par l'intermédiaire de l'Association Q. \_\_\_\_\_, la CNA a en particulier souligné qu'au plan physique, la lésion de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit mise à part, les troubles de l'intéressé n'engageaient pas la responsabilité de la Caisse au titre de l'accident mais devaient être écartés, faute de relation de causalité naturelle établie au degré de la vraisemblance prépondérante. Quant aux

troubles psychiques, ils devaient également être écartés faute – quoi qu’il en soit par ailleurs – de causalité adéquate avec l’accident.

Par décision sur opposition du 10 mai 2016 envoyée à l’Association Q.\_\_\_\_\_, la CNA a rejeté l’opposition de l’assuré et confirmé la décision du 14 décembre 2015. Elle a tout d’abord retenu que les troubles psychiques devaient être écartés de l’examen du droit aux prestations dès lors que, sous l’angle de la causalité adéquate, il s’agissait d’une simple chute de hauteur d’homme sur le genou droit. Sur le plan physique, la Caisse s’est ralliée à l’appréciation du Dr B.\_\_\_\_\_. Elle a ainsi considéré, d’une part, que l’accident du 31 octobre 2013 avait entraîné une lésion de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit, sans blocage mais avec douleur aux manœuvres de sollicitations et dans une moindre mesure à la marche, et, d’autre part, que les limitations fonctionnelles commandaient une activité semi-sédentaire, sans accroupissement ni positions à genoux ou mouvements de rotation du genou droit. Au niveau économique, la CNA a exposé s’être fondée sur un revenu d’invalidé de 58'512 fr. déterminé sur la base des DPT, revenu que l’assuré n’avait pas contesté, pas plus que le revenu de valide arrêté à 59'143 fr. sur la base des indications fournies par l’ex-employeur. Or, la comparaison de ces revenus ne permettait pas d’atteindre le seuil de 10 % ouvrant le droit à une rente d’invalidité. Par ailleurs, il résultait de l’appréciation du Dr B.\_\_\_\_\_ que l’atteinte à la charge de l’assurance-accidents n’ouvrait pas le droit à une IPAI.

D’un entretien téléphonique du 3 juin 2016 entre la CNA et une intervenante de l’Association Q.\_\_\_\_\_, il est ressorti que cette institution était chargée d’un soutien administratif en faveur de l’assuré mais non de sa représentation légale et que le pli contenant la décision sur opposition du 10 mai 2016 n’avait pu être récupéré en raison de l’absence de l’intervenante sociale concernée. Sur demande de cette dernière formulée par courrier électronique toujours le 3 juin 2016, la CNA a envoyé à l’assuré les pièces de son dossier en date du 7 juin 2016.

**B.** En parallèle, le 16 septembre 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI).

**C.** En date du 10 juin 2016, W.\_\_\_\_\_ a interjeté recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition rendue par la CNA le 10 mai 2016, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente fixée à dires de justice, ainsi qu'à l'allocation d'une IPAI de 25 %. Le recourant reproche tout d'abord à la CNA de l'avoir empêché d'accéder à son dossier malgré plusieurs demandes formulées par l'Association Q.\_\_\_\_\_, dossier qu'il n'a pas pu consulter avant l'échéance du délai de recours - cela en violation de son droit d'être entendu. Pour le reste, l'intéressé conteste l'appréciation de l'intimée quant à ses douleurs au genou, relevant en particulier que la situation peut difficilement être qualifiée de stabilisée alors qu'il souffre toujours de de son genou droit qui n'a pas été soigné. Il se prévaut en outre de ses troubles psychiques, étant en particulier souligné qu'il n'est pas tombé de sa hauteur mais alors qu'il portait du bois sur un échafaudage, comme l'a expliqué le Dr H.\_\_\_\_\_ le 2 mars 2016. Le recourant ajoute que l'intimée est restée muette quant à ses douleurs au dos « *alors qu'il] en [a] ressenti lors de [s]on accident* ». Concernant l'IPAI, il soutient présenter une lésion du genou qui n'a pas été traitée, de sorte qu'une atteinte à l'intégrité d'au moins 25 % doit lui être reconnue.

Dans sa réponse du 12 juillet 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle expose notamment que l'Association Q.\_\_\_\_\_ n'a requis le dossier qu'en date du 3 juin 2016, que les pièces ont été transmises la semaine ouvrable suivante et que, du reste, le retard invoqué est dû à l'absence de l'intervenante sociale qui n'a pas retiré le pli recommandé du 10 mai 2016. La CNA observe par ailleurs que l'ensemble des spécialistes ayant examiné l'intéressé s'accorde à admettre qu'il n'existe pas, à l'heure actuelle, de traitements spécifiques pouvant améliorer son état de santé, les douleurs étant en outre mises sur le compte de nombreux facteurs contextuels. Quant aux troubles psychologiques affectant le recourant, ils ne sont pas en relation de causalité adéquate avec l'accident, l'intéressé ayant chuté de sa propre hauteur (le point de savoir

s'il a chuté sur le sol ou sur un échafaudage étant irrelevant). Enfin, la Caisse relève que les dorsalgies de l'assuré sont exclusivement d'origine dégénérative, ainsi que cela résulte notamment des examens entrepris à la Clinique V. \_\_\_\_\_ ; elle se réfère en outre à la doctrine médicale, selon laquelle une simple contusion ou distorsion vertébrale cesse de produire ses effets après plusieurs mois. Reprenant en outre l'avis du Dr B. \_\_\_\_\_, l'intimée maintient qu'en l'absence d'atteinte importante, c'est à juste titre que l'octroi d'une IPAI a été refusé.

A la demande du recourant, l'assistance judiciaire lui a été accordée en date du 23 août 2016, avec effet au 21 août 2016, et Me Karim Hichri désigné en tant qu'avocat d'office.

Par réplique du 7 octobre 2016, le recourant modifie ses conclusions en ce sens que la décision attaquée est annulée, le droit à une rente d'invalidité de 10 % reconnu à partir de la date que justice dira et une IPAI de 25 % accordée, subsidiairement en ce sens que la cause est renvoyée à la CNA pour instruction complémentaire sur les plans psychique et somatique afin de déterminer l'incapacité de travail et les limitations fonctionnelle puis nouvelle décision. Pour l'essentiel, il fait valoir que ses troubles psychiques se trouvent dans une relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident subi et souligne, à cet égard, que le Dr F. \_\_\_\_\_ a constaté la présence d'un syndrome douloureux chronique du genou persistant. Il estime ainsi que des investigations s'imposent sous l'angle psychique. Au niveau somatique, il allègue que le rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ du 26 août 2015 ne contient aucun diagnostic et aucune motivation permettant d'écarter tout lien entre la chondropathie fémoro-tibiale interne diagnostiquée le 26 novembre 2014 et l'accident, si bien que l'instruction doit être complétée sur ce point également. Concernant le revenu de valide, le recourant soutient qu'il doit être arrêté à 65'178 fr. par année, dans la mesure où l'horaire de travail dans l'entreprise était de 42,5 heures par semaine (salaire brut de 31 fr. 95 x 42,5 heures x 4 semaines x 12 mois). Quant au revenu d'invalidité, il devra être recalculé après le complément d'instruction. Cela étant, il estime, quoi qu'il en soit, que son taux d'invalidité atteint déjà 10 % si l'on

compare le montant de 65'178 fr. ci-dessus évoqué avec le revenu d'invalidé fixé par la CNA. Le recourant allègue de surcroît qu'aucun rapport médical n'est nécessaire pour l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité, puisque celle-ci dépend de la comparaison entre la situation factuelle et les atteintes répertoriées dans la réglementation applicable.

Dupliquant le 29 novembre 2016, l'intimée maintient sa position. Concernant plus particulièrement le calcul du revenu de valide, elle relève que l'entreprise employant l'assuré était soumise à une convention collective de travail (CCT) et que le total des heures de travail déterminant est ainsi de 2112 heures par an – total qui tient compte du fait que les salariés comptabilisent un grand nombre d'heures de travail durant les beaux jours tandis qu'à l'approche de l'hiver celles-ci connaissent de grandes variations, voire peuvent être nulles lors de périodes de grand froid. Elle expose que c'est en outre le salaire horaire de 25 fr. 85 (de base) qui doit être retenu et non pas le salaire horaire de 31 fr. 95 (brut) mentionné par l'assuré ; en effet, il est déjà tenu compte des vacances et des fériés dans les 2112 heures arrêtées dans la CCT, seul devant être ajoutée la part au treizième salaire (8,33 %).

Par acte du 13 janvier 2017, le recourant souligne que s'il a certes été victime d'une « *simple* » chute de hauteur d'homme, celle-ci est toutefois survenue sur un échafaudage ; or, se trouvant en hauteur, il aurait pu chuter de bien plus haut. Il se réfère en outre au revenu sans invalidité arrêté à 62'086 fr. 19 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) dans un projet de décision du 29 novembre 2016. De ce projet, il résulte en particulier que le montant de 62'086 fr. 19 a été calculé en partant de l'idée que le salaire de l'assuré en 2014 aurait été identique à celui versé en 2012/2013, mais qu'on pouvait raisonnablement imaginer que l'intéressé aurait bénéficié d'une augmentation en quatrième année, raison pour laquelle l'office avait procédé à une indexation.

Se déterminant le 18 janvier 2017, l'intimée relève que l'OAI s'est fondé sur une hypothèse pour déterminer le gain de valide et que le

montant ainsi obtenu ne saurait l'emporter sur celui arrêté à l'aune des données concrètes fournies par l'employeur à la Caisse.

Le dossier de l'OAI a été versé en cause le 19 janvier 2017 et conséquemment mis à disposition des parties.

Faisant valoir le 20 février 2017 que son revenu sans invalidité ne peut être évalué sans égard à ses perspectives de développement professionnel, le recourant transmet sur ce point une attestation établie le même jour par l'entreprise U. \_\_\_\_\_ SA, dans laquelle cette société confirme que si l'assuré n'avait pas été accidenté en octobre 2013, elle aurait été intéressée à l'engager au printemps 2014 pour un salaire annuel brut de 75'000 francs.

Prenant position le 13 mars 2017, l'intimée estime que l'on peut en l'espèce nier l'existence d'indices concrets, au moment de l'accident, démontrant que le recourant aurait été engagé directement par l'entreprise U. \_\_\_\_\_ SA à partir du printemps 2014. La CNA considère ainsi que l'attestation de cette société doit être appréhendée avec réserve, étant de surcroît relevé que cette attestation mentionne uniquement l'intérêt de l'entreprise en question à engager l'assuré, sans évoquer de démarches concrètes, et qu'il ne peut en outre exclu qu'elle ait été produite pour les besoins de la cause.

Par écriture du 9 mai 2017, le recourant soutient notamment qu'au vu de la jurisprudence de la Cour Européenne des droits de l'homme dans la cause n° 61838/10, l'intimée est assez mal placée pour émettre un quelconque jugement de valeur sur l'attestation de la société U. \_\_\_\_\_ SA. Pour le reste, il allègue que la CNA aurait dû se pencher sur la question de son avenir professionnel, lui qui était engagé dans une entreprise de travail intérimaire, et que du reste U. \_\_\_\_\_ SA n'avait pas de raison de contacter I. \_\_\_\_\_ SA dans la procédure de recrutement et d'engagement.

## **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (cf. 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 (cf. art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (cf. art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

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

**c)** En l'espèce, le recours est déposé en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfait pour le surplus aux autres conditions formelles de recevabilité (cf. 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 (cf. ATF 131 V 164 consid. 2.1 et 125 V 413 consid. 2c).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité des suites de l'accident du 31 octobre 2013.

**c)** On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

**3.** Il convient en premier lieu de s'arrêter sur le grief formel soulevé par le recourant. Ce dernier soutient en effet que l'intimée aurait violé son droit d'être entendu en l'empêchant de consulter son dossier avant l'échéance du délai de recours (cf. mémoire de recours du 10 juin 2016 p. 1 s.).

**a)** L'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101) garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues (cf. également dans le cadre des procédures devant les assureurs sociaux, l'art. 42 LPGa). Le droit d'être entendu comprend, en particulier, le droit pour l'administré de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (cf. ATF 142 II 218 consid. 2.3 et 141 V 557 consid. 3.1 avec références citées).

Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (cf. ATF 142 II 218 consid. 2.8.1, 142 III 360 consid. 4.1.4 et 137 I 195 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours

jouissant d'un plein pouvoir d'examen (cf. ATF 142 II 218 consid. 2.8.1, 137 I 195 consid. 2.3.2 et 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée (cf. ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 et 137 I 195 consid. 2.3.2 avec les références citées).

**b)** En l'espèce, l'examen du dossier montre que la CNA n'a été saisie d'une demande de consultation du dossier que le vendredi 3 juin 2016, au travers d'un courriel rédigé par une intervenante de l'Association Q.\_\_\_\_\_ - laquelle avait précédemment agi au nom de l'assuré, bien que dépourvue de tout mandat de représentation légal, et s'était vu adresser la décision litigieuse du 10 mai 2016 qu'elle n'avait toutefois retiré que tardivement pour cause d'absence. Les pièces requises ont ensuite été envoyées le mardi 7 juin 2016 directement à l'assuré, lequel a recouru céans le 10 juin suivant. Cela étant, il appert que les difficultés à accéder au dossier avant l'échéance du délai de recours sont imputables à un empêchement de l'intervenante de l'Association Q.\_\_\_\_\_ qui avait précédemment interagi avec la CNA, la Caisse ayant quant à elle communiqué lesdites pièces sitôt interpellée. Certes, on peut s'interroger sur le point de savoir si, en amont, l'intimée était légitimée à adresser la décision attaquée à l'Association Q.\_\_\_\_\_ et non à l'assuré. Peu importe, toutefois. En effet, une éventuelle violation du droit d'être entendu devrait quoi qu'il en soit être considérée comme guérie devant la juridiction de céans, le recourant ayant eu l'occasion de faire intelligiblement valoir ses griefs au cours de la présente procédure judiciaire (cf. mémoire de recours du 10 mai 2016, réplique du 7 octobre 2016, et déterminations des 13 janvier, 20 février et 9 mai 2017), ouverte devant une instance jouissant d'un plein pouvoir d'examen pour statuer, le recours selon les art. 56 ss LPGa étant un moyen de droit complet permettant un examen de la décision entreprise en fait et en droit (cf. TF 9C\_205/2013 du 1<sup>er</sup> octobre 2013 consid. 1.3, renvoyant à 9C\_127/2007 du 12 février 2008 consid. 2.2). En conséquence, l'argument tiré d'une violation du droit d'être entendu doit être écarté.

**4. 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.

**b)** 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 évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (cf. 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 avec les références citées ; cf. TF 8C\_727/2016 du 20 octobre 2017 consid. 3).

Si l'on peut admettre que l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute manière survenu sans cet évènement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré 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*) (cf. TF 8C\_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 3.2 avec la référence citée ; cf. Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3<sup>e</sup> éd., Bâle 2016, n° 107 p. 930). 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*" ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'évènement assuré (cf. TF 8C\_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.2). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier, sans quoi le droit aux prestations fondées sur l'accident doit être nié (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1 et ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 ; cf. TF 8C\_283/2017 précité consid. 4.2 *in fine*).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (cf. ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

**c)** Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable 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 (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.2, 129 V 402 consid. 2.2 et 125 V 456 consid. 5a avec les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (cf. ATF 118 V 286 consid. 3a et 117 V 359 consid. 6a ; cf. TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 *in fine* et les références).

L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, non par des experts médicaux (cf. ATF 107 V 173 consid. 4b ; cf. TF 8F\_2/2016 du 27 juin 2016 consid. 3).

**5.** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a ; cf. TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; cf. 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; cf. TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc

et les références citées ; cf. TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3 ; cf. également TF 9C\_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

**6.** En l'espèce, se fondant sur l'avis du Dr B.\_\_\_\_\_, la CNA a retenu que seuls des troubles somatiques - singulièrement, une lésion méniscale - avaient été entraînés par l'accident du 31 octobre 2013 et, considérant implicitement que l'activité antérieure n'était plus adéquate, que l'assuré demeurait malgré tout pleinement apte à exercer une activité adaptée.

L'intéressé a, pour sa part, contesté cette appréciation en invoquant les troubles somatiques tels que constatés par ses médecins traitants, ainsi qu'une problématique psychique.

**a)** Sur le plan somatique, le Dr B.\_\_\_\_\_ a retenu que la situation en relation avec l'accident du 31 octobre 2013 pouvait être considérée comme stabilisée. Plus précisément, il a expliqué que l'unique lésion structurelle en lien avec cet accident était une lésion de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit, lésion n'ayant anamnestiquement jamais entraîné de blocage. Seules des douleurs aux manœuvres de sollicitations du ménisque interne droit et dans une moindre mesure à la marche pouvaient être mises en relation avec cette lésion, à l'exclusion du reste de la symptomatologie dont se plaignait l'assuré. Quant aux limitations fonctionnelles, elles commandaient l'exercice d'une activité semi-sédentaire, sans accroupissement ni positions à genoux ou mouvements de rotation du genou droit (cf. rapport d'examen médical final du 26 août 2015 p. 9).

Rien n'incite à s'écarter de cette appréciation.

De l'IRM réalisée le 15 novembre 2013 a été déduite une altération de grade II à III de la corne postérieure du ménisque interne, avec initialement une chondromalacie de grade II du cartilage du condyle fémoral interne dans son versant postérieur et interne (cf. certificat médical du 10 janvier 2014 du Dr C.\_\_\_\_\_), respectivement une

chondropathie fémoro-tibiale interne (cf. rapports du 18 [p. 2] et 30 juin 2014 du Dr G. \_\_\_\_\_ et rapports des 13 octobre [p. 1] et 26 novembre [p. 1] 2014 du Dr F. \_\_\_\_\_), singulièrement un discret œdème au plateau tibial interne sur partie postérieure (cf. rapport de synthèse de la Clinique V. \_\_\_\_\_ du 21 avril 2015 p. 4). Pour autant, le Dr N. \_\_\_\_\_ a d'emblée conclu à une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne isolée (cf. rapport du 13 février 2014 p. 1), diagnostic qu'il a maintenu par la suite (cf. rapport intermédiaire du 24 avril 2014 p. 1). Quant au Dr F. \_\_\_\_\_, il a précisé le 26 novembre 2014 (p. 2) qu'hormis la déchirure longitudinale de la corne postérieure du ménisque interne, une nouvelle IRM réalisée fin octobre 2014 avait montré qu'il n'y avait aucun problème au niveau des autres structures osseuses et musculo-tendineuses et qu'il n'y avait notamment pas d'œdème osseux sous-chondral ou autre. Le 16 décembre 2014, il a indiqué qu'à l'exception de cette déchirure, les autres structures étaient dans la norme. Il n'a ensuite plus fait état d'une quelconque chondropathie dans son rapport du 30 mars 2015. De même, les médecins de la Clinique V. \_\_\_\_\_ n'ont pas davantage diagnostiqué de chondropathie dans leur rapport du 21 avril 2015, confirmant eux aussi que l'imagerie du 29 octobre 2014 ne montrait qu'une image longitudinale de la corne postérieure du ménisque interne, sans œdème osseux ni atteinte ligamentaire (p. 4). De toute évidence, les altérations autres que la déchirure méniscale se sont donc résorbées entre l'IRM du 15 novembre 2013 et celle du 29 octobre 2014. Dans ces conditions et contrairement à ce que soutient le recourant (cf. réplique du 7 octobre 2016 p. 1), le Dr B. \_\_\_\_\_ était donc justifié à retenir, le 26 août 2015, que d'un point de vue structurel, l'accident du 31 octobre 2013 n'avait durablement engendré qu'une déchirure méniscale. Le fait que le Dr H. \_\_\_\_\_ ait mentionné une chondropathie fémoro-tibiale interne dans son rapport du 2 mars 2016 (p. 1) n'y vient rien changer, dans la mesure où ce médecin s'est manifestement contenté de résumer les diagnostics retenus jusqu'alors et a lui-même reconnu que l'IRM du 29 octobre 2014 ne montrait qu'une déchirure longitudinale de la corne postérieure du ménisque médial (ou interne), sans autre lésion décelable (p. 2).

Quant aux douleurs lombaires de l'assuré, force est de constater qu'elles ont été investiguées par IRM le 23 décembre 2014, sans qu'aucun rapport médical n'en fasse précédemment mention. Ce silence combiné à l'écoulement de plus d'une année entre l'accident du 31 octobre 2013 et les premières investigations, plaident donc à l'encontre d'un éventuel lien entre l'événement assuré et la symptomatologie en question. Ce lien est d'autant moins vraisemblable que, comme l'a relevé la CNA (cf. réponse du 12 juillet 2016 p. 4 s.), en cas de lombalgies ou de lombo-sciatalgies post-traumatiques, le *statu quo sine* peut être attendu, selon l'état actuel des connaissances scientifiques, après deux ou trois mois, à moins qu'une éventuelle aggravation ne soit prouvée radiologiquement et qu'elle se distingue d'une progression habituelle selon l'âge ; l'aggravation traumatique d'un état dégénératif antérieur cliniquement asymptomatique de la colonne vertébrale est, en règle générale, à considérer comme terminée après six à douze mois (cf. TF 8C\_1029/2012 du 22 mai 2013 consid. 4.2.1 ; 8C\_396/2011 du 21 septembre 2011 consid. 3.2 ; 8C\_1009/2009 du 4 mai 2010 consid. 3.1.1). Par ailleurs et surtout, les troubles mis en évidence dans le rapport d'IRM du 23 décembre 2014 ont été qualifiés de dégénératifs par les médecins de la Clinique V.\_\_\_\_\_ (cf. rapport de synthèse du 21 avril 2015 pp. 1 et 4) et le Dr H.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 2 mars 2016 p. 1), ce qu'aucun autre avis médical au dossier ne vient contredire. Que ces troubles puissent à long terme être influencés défavorablement par l'utilisation de cannes (cf. rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ du 30 mars 2015 p. 2) relève à ce stade d'une hypothèse et ne peut en tous les cas permettre de leur prêter une origine accidentelle. On notera encore que dans la mesure où les limitations fonctionnelles décrites par les médecins de la Clinique V.\_\_\_\_\_ semblent tenir compte de l'aspect dorsal (cf. rapport de synthèse du 21 avril 2015 p. 4), qui n'est pourtant pas à charge de l'assurance-accidents, elles ne sauraient l'emporter sur celles retenues par le Dr B.\_\_\_\_\_.

Pour le reste, le rapport du 26 août 2015 a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et repose notamment sur un examen clinique de l'assuré, dont les plaintes ont été prises en compte. La description du

contexte médical est claire, de même que l'opinion du Dr B.\_\_\_\_\_, qui est dûment motivée. Ce rapport remplit donc les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une valeur probante (cf. consid. 5 supra).

Il y a ainsi lieu de se rallier aux conclusions du Dr B.\_\_\_\_\_, reconnaissant au recourant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée sur le plan somatique - étant relevé que les facteurs contextuels influençant défavorablement le retour au travail selon les médecins de la Clinique V.\_\_\_\_\_ (absence de qualification et contrat de travail, inactivité prolongée [cf. rapport de synthèse du 21 avril 2015 p. 4]) n'ont pas à être pris en considération puisqu'étrangers à l'accident du 31 octobre 2013.

Tout au plus y a-t-il lieu d'ajouter que la Cour ne saurait suivre le recourant lorsqu'il conteste la stabilisation de ses troubles somatiques en invoquant l'absence d'intervention chirurgicale et la persistance de ses douleurs (cf. mémoire de recours du 10 juin 2016 p. 2). 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 en effet 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 (cf. ATF 135 V 215 consid. 7.2 et les références citées). Or, il apparaît en l'espèce que le sentiment - par définition subjectif - de l'assuré ne trouve aucun écho dans les éléments objectifs au dossier. Ainsi, les avis médicaux s'accordent à nier l'indication à une intervention chirurgicale dans le cas de l'assuré (cf. en particulier rapports des Drs G.\_\_\_\_\_ du 30 juin 2014 et du Dr F.\_\_\_\_\_ du 16 décembre 2014). A cela s'ajoute que la majorité des médecins intervenus a douté de la concordance entre la symptomatologie douloureuse alléguée et l'atteinte organique constatée (cf. avis du Dr L.\_\_\_\_\_ des 17 mars et 18 août 2014, rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ du 18 juin 2014, rapports du Dr F.\_\_\_\_\_ des 13 octobre [p. 2] et 16 décembre 2014 2, et rapport de synthèse de la Clinique V.\_\_\_\_\_

du 21 avril 2015 [p. 4]) et que, selon l'appréciation pleinement probante du Dr B.\_\_\_\_\_, les suites objectivables de la lésion méniscale consécutive à l'accident du 31 octobre 2013 sont compatibles avec l'exercice à plein temps d'une activité adaptée. Il suit de là que les arguments du recourant ne résistent pas à l'examen.

**b)** Aux plans psychique et psychosomatique, le recourant invoque une symptomatologie en lien avec l'accident du 31 octobre 2013 (cf. mémoire de recours du 10 juin 2016 p. 2, réplique du 7 octobre 2016 p. 1 et déterminations du 13 janvier 2017).

A l'examen du dossier, on relève que le Dr F.\_\_\_\_\_ a mentionné un syndrome douloureux chronique tout en soulignant l'état psychique de l'assuré, en proie à des sentiments d'anxiété, de stress et de dévalorisation (cf. rapports des 13 octobre 2014, 26 novembre 2014, 16 décembre 2014 et 30 mars 2015). Quant aux médecins de la Clinique V.\_\_\_\_\_, ils ont en particulier indiqué que l'assuré, qui avait suivi un traitement antidépresseur en 2011, présentait une dépendance aux benzodiazépines (cf. rapport de synthèse du 21 avril 2015 p. 4). Aucun diagnostic n'a par ailleurs été retenu dans la brève notice rédigée le 8 décembre 2015 par la Dresse J.\_\_\_\_\_ du Centre psychiatrique S.\_\_\_\_\_, qui s'est uniquement référée aux douleurs de l'assuré. Finalement, le Dr H.\_\_\_\_\_ s'est contenté d'évoquer un syndrome douloureux chronique chez un assuré suivi depuis début 2015 au centre psychiatrique susdit (cf. rapport du 2 mars 2016 p. 1).

Cela étant, force est de constater que l'unique avis psychiatrique au dossier ne contient pas d'analyse médicale ou de diagnostic précis. Quant aux éléments mis en exergue par les médecins somaticiens, ils sont eux aussi dépourvus d'étude circonstanciée et reposent essentiellement sur les dires du patient. Enfin, la mise en œuvre d'un traitement antidépresseur en 2011 - bien avant l'accident litigieux - est évocatrice de potentiels troubles sans rapport avec les événements du 31 octobre 2013. Si les éléments permettant de conclure à l'existence même de troubles psychiques s'avèrent ainsi insuffisants, il demeure que

cette problématique n'a en tout état de cause pas besoin d'être instruite plus avant, dans la mesure où le lien de causalité adéquate entre les éventuels troubles psychiques de l'assuré et l'accident devrait de toute façon être nié pour les raisons exposées ci-après.

**aa)** En cas d'atteinte à la santé psychique, les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un événement accidentel ayant entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (cf. ATF 115 V 133 consid. 6 et 115 V 403 consid. 5) ou d'un traumatisme psychique consécutif à un choc émotionnel (cf. ATF 129 V 177 consid. 4.2) – les principes développés pour les traumatismes de type "coup du lapin" (cf. ATF 134 V 109) n'étant pas pertinents en l'espèce.

En présence – comme en l'espèce – d'une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. C'est ainsi que la jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour évaluer le degré de gravité de l'accident, il convient en effet non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (cf. ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et ATF 115 V 403 consid. 5c/aa).

Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. Par contre, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont : les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère

particulièrement impressionnant de l'accident ; la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ; la durée anormalement longue du traitement médical ; les douleurs physiques persistantes ; les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ; le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques (cf. ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et ATF 115 V 403 consid. 5c/aa). De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident (cf. TF 8C\_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.5, *in* SVR 2010 UV n° 25 p. 100 ; cf. également TF 8C\_208/2016 du 9 mars 2017 consid. 3.2 et les références citées).

**bb)** Dans le cas particulier, les circonstances de l'événement du 31 octobre 2013 ont sensiblement varié au fil de la procédure. Ainsi, la déclaration d'accident du 5 novembre 2013 indique que l'assuré s'est réceptionné sur le genou droit après avoir glissé sur un échafaudage. Le Dr C.\_\_\_\_\_ a, quant à lui, indiqué que l'intéressé était tombé par terre sur son genou droit alors qu'il travaillait (cf. certificat médical du 10 janvier 2014). Le Dr N.\_\_\_\_\_ a, pour sa part, exposé que le recourant avait glissé en mettant le pied sur une échelle et s'était déporté vers l'arrière pour ne pas tomber en lâchant le tas de bois qu'il avait dans les mains (cf. rapport du 13 février 2014 p. 1). De son côté, le Dr H.\_\_\_\_\_ a relaté que l'assuré était tombé en arrière pendant qu'il portait du bois (cf. rapport du 2 mars 2016 p. 1). Puis, en procédure judiciaire, le recourant a fait état d'une chute alors qu'il portait du bois sur un échafaudage (cf. mémoire de recours du 10 juin 2016 p. 2 et écriture du 13 janvier 2017).

Même en tenant compte de la version la plus favorable au recourant, à savoir une chute de sa hauteur en tenant du bois sur un échafaudage, il reste qu'objectivement, on ne décèle dans l'événement accidentel à proprement parler - une simple chute de hauteur d'homme -

aucun degré particulier de gravité. Il se justifie ainsi de qualifier cet événement comme étant de peu de gravité ; à titre d'exemple, on relèvera qu'a été qualifié d'accident de peu de gravité le fait pour un assuré d'avoir perdu l'équilibre alors qu'il se trouvait sur une échelle et d'être tombé d'une hauteur d'environ deux mètres (cf. TFA U 163/02 du 16 avril 2003 consid. 5). Or, une telle qualification entraîne la négation de tout lien de causalité adéquate entre l'événement du 31 octobre 2013 et d'éventuels troubles psychiques.

Même à admettre l'hypothèse d'un accident de gravité moyenne, à la limite d'un accident de faible gravité, la Cour aboutirait à une conclusion identique. En effet, rien au dossier ne permet de retenir que l'accident serait survenu dans des circonstances dramatiques ou impressionnantes, l'intéressé ayant au final chuté dans le cadre de son travail habituel. A cela s'ajoute que les lésions physiques (déchirure méniscale) n'étaient pas de nature, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. Quant à la longue incapacité de travail et les douleurs persistantes, ces éléments ne peuvent être rattachés à un substrat organique. Enfin, il n'y a pas eu d'erreur dans le traitement médical, ni de traitement médical anormalement long au vu de la nature des lésions, ni encore de complications particulières. Dans ces conditions, les critères posés par la jurisprudence pour admettre le rapport de causalité adéquate entre l'événement du 31 octobre 2013 et les atteintes éventuelles à la santé psychique du recourant ne seraient de toute façon pas remplis.

**7.** Reste à examiner le degré d'invalidité présenté par le recourant, compte tenu de sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée.

**a)** A titre liminaire, on notera que selon la jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (cf. ATF 131 V 362 consid. 2.3). Plus particulièrement, 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 (cf. ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4 et 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2).

Il est donc admissible d'évaluer l'invalidité du recourant indépendamment de l'appréciation émise en matière d'assurance-invalidité.

**b)** En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016), si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (cf. art. 8 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 al. 1 LPGA). 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.

A teneur de l'art. 19 al. 1 phr. 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.

**c)** 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 (cf. art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA ; cf. TF 8C\_125/2010 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 ; cf. ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 et 130 V 343 consid. 3.4 ; cf. TF 9C\_163/2017 du 2 mai 2017 consid. 3.1).

**d) aa)** 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 (cf. ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; cf. TF 9C\_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; cf. TF 9C\_409/2009 du 11 décembre 2009 consid. 3.1 et I 1034/2006 du 6 décembre 2007 consid. 3.3.2.1). C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (cf. ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; cf. TF 9C\_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 6.2).

Pour savoir s'il y a lieu de prendre en considération un changement hypothétique d'activité, les possibilités théoriques de développement professionnel ou d'avancement ne doivent être prises en considération que lorsqu'il est très vraisemblable qu'elles seraient advenues. Il convient, à cet égard, d'exiger la preuve d'indices concrets que l'assuré aurait obtenu dans les faits un avancement ou une augmentation corrélative de ses revenus, s'il n'était pas devenu invalide. Des indices concrets en faveur de l'évolution de la carrière professionnelle doivent exister, par exemple, lorsque l'employeur a laissé entrevoir une telle perspective d'avancement ou a donné des assurances en ce sens. De simples déclarations d'intention de l'assuré ne suffisent pas (cf. TF 8C\_145/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3.1, 9C\_486/2011 du 12 octobre 2011 consid. 4.1 et 9C\_523/2008 du 25 mai 2009 consid. 2.2). Lorsque

l'invalidité est la conséquence d'un accident, ces indices doivent déjà avoir existé au moment où celui-ci s'est produit (cf. TF 8C\_145/2012 précité loc. cit. ; cf. TFA U 222/97 du 23 juin 1999 consid. 5c résumé *in* REAS 2003 p. 66).

**bb)** Pour le calcul du revenu sans invalidité, le recourant s'est successivement prévalu du salaire brut annoncé par son ex-employeur (cf. réplique du 7 octobre 2016 p. 2), du revenu sans invalidité arrêté par l'OAI (cf. déterminations du 13 janvier 2017), puis du salaire qu'il aurait pu réaliser auprès d'une entreprise tierce (cf. écritures des 20 février et 9 mai 2017).

A cet égard, il sied de relever que le dernier contrat de mission signé par l'assuré le 24 juin 2013 instaurait un assujettissement à la « CCT - GROS OEUVRE VAUD 2012 », autrement dit la Convention nationale du secteur principal de la construction en Suisse (CN), dont l'art. 24 prévoit un nombre total des heures annuels de travail déterminant de 2'112 heures par année. La CNA a dûment expliqué que les 2'112 heures ainsi arrêtées tenaient compte des vacances et jours fériés et que seule la part au treizième salaire devait y être rajoutée (cf. écritures de la CNA du 29 novembre 2016 ; cf. pour un cas d'application : TF 8C\_83/2011 du 9 décembre 2011 consid. 3.3), ce que le recourant n'a pas contesté. Partant, on retiendra que c'est juste titre que la CNA s'est basée sur le salaire horaire net indiqué par l'ex-employeur pour l'année 2015 (cf. art. 19 al. 1 phr. 1 LAA), soit 25 fr. 85 (cf. courriel du 3 juillet 2015), puis l'a multiplié par 2'112 heures, obtenant ainsi un revenu annuel de 54'595 fr. 20 qu'il a encore augmenté de 8,33 % pour la part au treizième salaire, soit 59'143 fr. au total.

Tenue d'assumer exclusivement la perte de gain consécutive aux atteintes engendrées par l'accident du 31 octobre 2013, l'intimée n'était en outre nullement contrainte de s'aligner sur le revenu sans invalidité déterminé par l'OAI (cf. consid. 7a supra).

Enfin, il y a lieu de souligner qu'aux termes de l'attestation émise le 20 février 2017 par l'entreprise U. \_\_\_\_\_ SA, cette dernière s'est contentée d'indiquer qu'elle aurait été intéressée à engager l'assuré au printemps 2014 s'il n'avait pas eu d'accident courant 2013. De toute évidence, le simple fait de montrer un intérêt à un éventuel engagement ne suffit pas à rendre cet engagement très vraisemblable au sens entendu par la jurisprudence (cf. consid. 7d/aa supra), d'autant moins lorsque cet intérêt est signalé plus de trois ans après les faits. On ne saurait donc y voir un indice concret quant à l'évolution professionnelle de l'assuré sans l'accident subi le 31 octobre 2013. Pour le surplus, le dossier ne contient aucun autre élément dans le sens d'un tel engagement et, plus particulièrement, aucun indice qui aurait déjà existé au moment de l'accident. Il ne s'agit donc pas là d'un argument susceptible d'infirmar le revenu de valide retenu par l'intimée. Au reste, on peine à comprendre le recourant lorsqu'il se prévaut dans ce contexte – sans aucune explication – de la jurisprudence rendue par la Cour européenne des droits de l'homme dans l'affaire n° 61838/10, portant sur la conformité à la CEDH (Convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; RS 0.101) de la surveillance effectuée par un détective mandaté par un assureur-accidents (social) ; faute de motivation, cet argument ne peut donc qu'être rejeté.

Compte tenu de ce qui précède, la Cour de céans ne voit aucun motif pertinent de s'écarter du revenu sans invalidité retenu par la CNA.

**e) aa)** 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 (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 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 (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2 ; cf. Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3<sup>e</sup> éd., Bâle 2016, n° 240 p. 980).

Pour que le revenu d'invalidé corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui, l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée. C'est pourquoi la jurisprudence impose, en cas de recours aux DPT, la production d'au moins cinq d'entre elles (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 ; cf. TF 8C\_216/2016 du 30 septembre 2016 consid. 5.1 et 8C\_4/2008 du 25 juin 2008 consid. 3.2). La jurisprudence exige de plus la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap de l'assuré, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence (cf. ATF 129 V 472 ; cf. TF 8C\_809/2008 du 19 juin 2009 consid. 4.2.2). Il s'agit d'assurer une certaine représentativité des DPT produites et de garantir le respect du droit d'être entendu du recourant (cf. ATF 129 V 472 ; TF 8C\_809/2008 précité consid. 4.2.2).

**bb)** En l'espèce, le recourant n'a soulevé aucun grief en lien avec le revenu d'invalidé fixé à 58'512 fr. sur la base des DPT. Tout au plus relèvera-t-on que les activités décrites sont en adéquation avec les limitations fonctionnelles retenues et que les DPT choisies comme la manière dont elles ont été versées au dossier sont conformes à la jurisprudence (consid. 7e/aa supra) et ne prêtent pas flanc à la critique. Il n'y a donc pas lieu de s'en écarter.

**e)** La comparaison entre le revenu sans invalidité (59'143 fr.) et le revenu avec invalidité (58'512 fr.) correspond à une perte de gain de 1.066 %, de sorte que le recourant n'a pas droit à une rente d'invalidité.

Par surabondance, on notera que même en tenant compte du revenu de valide fixé à 62'086 fr. 19 par l'OAI, le résultat serait le même compte tenu d'un degré d'invalidité de 5,75 %.

Au vu de ce qui précède, la décision litigieuse doit être confirmée en tant qu'elle refuse une rente d'invalidité de l'assurance-accidents à l'intéressé.

**8.** Finalement, il reste encore à examiner l'octroi d'une éventuelle IPAI.

**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. D'après l'art. 25 al. 1 LAA, l'IPAI est allouée sous forme de prestation en capital ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité.

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 (cf. ATF 115 V 147 consid. 1 et 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 (cf. TF 8C\_705/2010 du 15 février 2012 consid. 4.3). 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 (cf. TF 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2).

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'IPAI 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 (cf. ATF 115 V 147 consid. 1 et 113 V 218 consid. 4b et les références citées).

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 (cf. ATF 124 V 29 consid. 1b et 113 V 218 consid. 2a). 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 (cf. ch. 1 al. 2 de l'annexe). 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 (cf. ATF 124 V 209 consid. 4a/cc et 116 V 156 consid. 3a ; cf. TF 8C\_563/2014 du 12 janvier 2015 consid. 5.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

**b)** En l'espèce, dans son rapport du 26 août 2015, le Dr B.\_\_\_\_\_ - seul médecin à s'être prononcé sur la question - a retenu que l'examen clinique du genou droit montrait un genou sec et stable, avec flexion-extension physiologique, et que, s'agissant des douleurs à la palpation des interlignes articulaires interne et externe et aux tests de sollicitations rotuliennes, elles n'ouvraient pas de droit à une IPAI à elles seules.

L'appréciation du Dr B.\_\_\_\_\_ doit être suivie, quoi qu'en dise l'assuré. En effet, il faut rappeler que le droit à une IPAI n'est pas ouvert pour toute lésion consécutive à un accident, mais uniquement en cas d'atteinte importante et durable à l'intégrité (cf. consid. 8a supra). Il paraît ainsi difficilement concevable d'y assimiler une simple lésion méniscale, que l'on ne retrouve du reste pas dans les tables établies par la Division médicale de la CNA. En tout état de cause, force est de constater que la lésion méniscale de l'assuré n'entraîne aucun déficit corporel - anatomique ou fonctionnel - objectif selon les constatations du Dr B.\_\_\_\_\_, qui ne sont mises en cause par aucun autre avis médical au dossier. Bien au contraire, les Drs N.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 13 février 2014 p. 1), G.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 18 juin 2014 p. 2), D.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 24 novembre 2014 p. 4), F.\_\_\_\_\_ (cf. rapports des 13 octobre 2014 [p. 2], 26 novembre 2014 [p. 1] et 30 mars 2015 [p. 2]), R.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ (cf. rapport de synthèse de la Clinique V.\_\_\_\_\_ du 21 avril 2015 p. 2), ainsi que H.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 2 mars 2016 p. 2) ont constaté de manière concordante que, nonobstant certaines douleurs, la mobilité était conservée, avec un genou stable sur les plans sagittal et latéral, sans signe inflammatoire. Sur cette base, il faut donc retenir que le recourant ne subit pas d'atteinte à l'intégrité ouvrant la voie à une IPAI.

Partant, sous cet angle également, la position de l'intimée échappe à la critique.

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

**b)** La procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires.

Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens, pas plus que l'intimée en sa qualité d'assureur social (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. ATF 127 V 205).

**c)** Lorsque, comme en l'espèce, une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, le conseil d'office est rémunéré équitablement par le canton (cf. art. 122 al. 1 let. a CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272] cum art. 18 al. 5 LPA-VD). Me Hichri ayant renoncé à produire la liste de ses opérations, son défraiement doit être fixé équitablement sur la base d'une estimation des opérations nécessaires pour la conduite du procès (cf. art. 3 al. 2 RAJ [règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; RSV 211.02.3]). L'indemnité d'office est ainsi arrêtée à 2'500 fr., débours et TVA compris.

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu à remboursement dès qu'il est en mesure de le faire (cf. art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (cf. art. 5 RAJ), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

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

- I. Le recours déposé le 10 juin 2016 par W.\_\_\_\_\_ est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 10 mai 2016 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.
- IV. L'indemnité d'office de Me Karim Hichri, conseil du recourant, est arrêtée à 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs), débours et TVA compris.
- 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 mis à la charge de l'État.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Karim Hichri (pour W. \_\_\_\_\_),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :