

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 octobre 2017

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mmes Brélaz Braillard et Dessaux, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Alessandro Brenci,
avocat à Lausanne,

et

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

**Art. 16 et 61 let. c LPGA ; 6 al. 1, 18 al. 1, 19 al. 1, 24 al. 1 et 25
al. 1 LAA ; 36 al. 1 OLAA**

E n f a i t :

A. **a)** A. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait depuis le 18 mai 2006 à 100% pour le compte de Q. _____ SA en qualité d'ouvrier-maçon (coffreur). A ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). Le 4 août 2006, en [...], il s'est tordu le genou droit en jouant au football. Il en est résulté une incapacité de travail totale. La CNA a pris le cas en charge.

Le Dr K. _____, spécialiste en radiologie, a constaté le 16 août 2006 que le recourant présentait plusieurs foyers de contusion osseuse, une déchirure verticale dans la corne postérieure du ménisque interne, une déchirure horizontale dans la corne antérieure du ménisque externe, des signes de rupture du LCA (ligament croisé antérieur) dans son tiers proximal et une chondropathie rotulienne de grade II avec un volumineux épanchement intra-articulaire.

Le 20 octobre 2006, le recourant a subi une reconstruction du LCA. Le 3 janvier 2007, le Dr L. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait état d'une bonne évolution, avec probable reprise de travail le 21 janvier 2007.

A la requête du Dr T. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, l'assuré a été envoyé à la Clinique romande de réadaptation (CRR) de [...], où il a séjourné du 28 mars au 1^{er} mai 2007.

Le 11 avril 2007, le Dr P. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a relevé que du point de vue psychiatrique, au terme de son évaluation faite avec l'aide d'une traductrice, l'assuré ne présentait pas de psychopathologie notoire. Il notait une intégration faible chez un assuré ayant cependant de bonnes aptitudes intellectuelles (lequel envisageait de débiter des études de médecine en [...]) dont les motifs et projets d'émigration étaient flous. Pour le Dr P. _____, il n'y avait pas

d'indication à une prescription psychotrope ni de proposition thérapeutique à formuler compte tenu également de la barrière linguistique.

Le 15 mai 2007, les Drs F._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation et en chirurgie orthopédique, et S._____, spécialiste en médecine physique et en réadaptation, de la CRR, ont posé les diagnostics de thérapies physiques et fonctionnelles (Z50.1), de gonalgies antérieures droites (M25.5), d'entorse sévère du genou droit le 4 août 2006 (T93.3) et d'arthroscopie diagnostique et plastie du LCA avec greffon au tiers médian du tendon rotulien droit, le 20 octobre 2006 (Z98.8). A la sortie de la CRR, au vu des progrès réalisés, une pleine capacité de travail a été reconnue dans l'activité de coffreur, en accord avec l'assuré.

b) Le Dr K._____ a pratiqué une nouvelle IRM (imagerie par résonance magnétique) le 15 août 2007, et diagnostiqué une chondropathie fémoro-tibiale de grade II du compartiment interne, un status après déchirure horizontale de la corne postérieure du ménisque interne sans évidence de nouvelle déchirure, une chondropathie rotulienne de grade II avec foyer de tuméfaction du cartilage rotulien sur le versant interne de la rotule ainsi qu'un status après plastie du LCA sans signe de rupture secondaire avec une image évocatrice d'une lésion cyclope de 2 x 3 cm dont la partie la plus volumineuse était située en avant du greffon.

Lors d'un entretien du 29 octobre 2007 avec un inspecteur de la CNA, l'assuré a expliqué que le 2 juillet 2007, alors qu'il avait repris en plein son activité de coffreur depuis le 14 mai 2007, son genou droit avait lâché soudainement.

Le 21 novembre 2007, le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a fait état d'un status après plastie du LCA et d'une insuffisance musculaire du quadriceps. Un traitement par rééducation musculaire était actuellement en cours, avec une évolution lente mais favorable, avec amélioration progressive de la fonction

musculaire de la cuisse droite. Le 5 décembre 2007 toutefois, le Dr W._____ a constaté un net recul de l'état musculaire du quadriceps, suggérant une arthroscopie de contrôle.

Le Dr W._____ a effectué le 22 février 2008 une arthroscopie du genou droit.

Le 19 juin 2008, l'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement en vue d'un éventuel séjour à la CRR. Dans la mesure où la situation avait peu évolué depuis l'intervention du 22 février 2008, avec un manque de mobilité et de force ainsi que des douleurs empêchant la reprise du travail, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie, a proposé un nouveau séjour à la CRR.

L'assuré a séjourné du 15 juillet au 13 août 2008 auprès de la CRR. Au vu des améliorations objectives et subjectives, les Drs C._____, spécialiste en rhumatologie, et S._____, ont estimé qu'une reprise à pleine capacité de l'activité de coffreur pouvait être prévue le 8 septembre 2008.

c) Le 21 janvier 2010, le Dr K._____ a fait passer à l'assuré une nouvelle IRM du genou droit, dont les conclusions étaient les suivantes :

"Chondropathie fémoro-tibiale de grade II du compartiment interne.

Status après suture de la corne postérieure du ménisque interne sans signe de nouvelle déchirure.

Apparition d'une chondropathie de grade II du cartilage de recouvrement du condyle fémoral externe.

Status après résection partielle de la corne antérieure du ménisque externe. Pas de signe de nouvelle déchirure.

Chondropathie rotulienne de grade II du versant interne de la rotule.

Signes de tendinite rotulienne proximale hypertrophique.

Status après plastie du LCA. Pas de signe de rupture secondaire. Suspicion d'une lésion cyclope de 1 x 2 cm."

Le 25 janvier 2010, le Dr W._____ a fait savoir à la CNA que l'assuré était revenu à sa consultation le 19 janvier 2010 pour des douleurs récidivantes aiguës, surtout lors de mouvements de torsion et de pivotement sur le pied droit. La stabilité et la mobilité étaient sans particularités, mais les interlignes articulaires sensibles à la palpation. L'assuré avait donc été mis à l'arrêt partiel à 50% depuis le 25 janvier 2010.

Le 2 février 2010, l'employeur de l'assuré, B._____ Sàrl, a déposé une déclaration de sinistre en indiquant que le 13 janvier 2010, l'assuré était tombé en glissant sur un échafaudage, le genou droit ayant été contusionné.

L'assuré a expliqué à un inspecteur de la CNA le 9 mars 2010 avoir été au chômage depuis sa sortie de la CRR en septembre 2008, et ce jusqu'à fin septembre 2009. Durant le chômage, il avait suivi des cours de français pendant six mois. Il avait repris une activité de coffreur le 1^{er} octobre 2009, et c'était dès qu'il avait recommencé à travailler que les douleurs étaient réapparues.

d) Selon la déclaration de sinistre du 5 août 2013, l'assuré avait accidentellement chuté le 26 juillet 2013 d'un mur de 2,7 mètres, avec lésions multiples.

Le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a pratiqué le 8 janvier 2014 une arthroscopie et ménisectomie partielle interne avec réparation de l'ostéochondrite disséquante par la technique AMIC (Autologus Matrix Induced Chondrogenesis). Le 25 février 2014, il a indiqué à la CNA que l'évolution était favorable à la suite de la greffe AMIC, et le pronostic également favorable, une reprise du travail pouvant être prévue à trois mois.

Le 29 avril 2014, le Dr Z._____ a indiqué au médecin-conseil de la CNA que l'IRM de contrôle à quatre mois post-opération du 8 janvier 2014 montrait une assez bonne progression de la greffe, mais que le

genou de l'assuré restait douloureux. Ce médecin se disait surtout frappé par une importante amyotrophie du quadriceps. Un retour à une activité professionnelle du domaine de l'assuré paraissait encore difficile alors que se posait la question d'une prise en charge à la CRR afin d'accélérer cette récupération.

L'assuré a effectué un nouveau séjour à la CRR du 1^{er} juillet au 6 août 2014.

Il a déposé le 3 août 2014 une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en faisant état de douleurs et limitations du genou droit.

Le 19 août 2014, les Drs C. _____ et M. _____, médecin-assistant, de la CRR, ont posé les diagnostics de thérapies physiques et fonctionnelles pour gonalgies droites chroniques, d'intervention du 8 janvier 2014 (arthroscopie et méniscectomie partielle interne, en arthrotomie, réparation de l'ostéochondrite disséquante par technique AMIC) et de chute le 26 juillet 2013 avec contusion du genou droit. Les comorbidités étaient un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive et un tabagisme actif (10 UPA). Les antécédents consistaient en une arthroscopie du genou droit le 22 février 2008 avec suture d'une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne et résection partielle du ménisque interne, une arthroscopie diagnostique et plastie du LCA du genou droit avec greffon au tiers médian du tendon rotulien droit le 20 octobre 2006 et une entorse sévère du genou droit le 4 août 2006. Les médecins de la CRR ont notamment retenu ce qui suit :

“Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues : port de charges lourdes, marche sur terrain irrégulier, montée sur les échelles, travail en position accroupie ou à genoux.

La situation n'est pas stabilisée du point de vue médical.

Une stabilisation médicale est attendue dans un délai de 3 à 6 mois.

Aucune nouvelle intervention n'est proposée. Le patient a été présenté à notre spécialiste en chirurgie orthopédique qui propose de continuer le traitement anti-inflammatoire, de faire des contrôles

radiologiques 1x/année et de continuer le suivi avec son chirurgien traitant.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable en raison des facteurs médicaux retenus après l'accident. Le patient exerce la profession de maçon[-]coffreur qui est une activité lourde. Il souhaite reprendre cette activité, nous estimons qu'actuellement il n'a pas les aptitudes fonctionnelles suffisantes pour cela. Il souhaite en discuter avec son chirurgien traitant lors de la prochaine consultation. Il semblerait aussi que le patient ait été licencié ce dont il n'est pas au courant (lettre de licenciement au dossier suva). Ce point reste à éclaircir après la sortie par l'agence.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est à priori favorable. Dans une telle activité une CT [capacité de travail] entière est attendue. L'absence de formation qualifiante, la mauvaise maîtrise de la langue risquent d'être des freins à un changement d'activité.

Annonce AI pendant le séjour :
x oui

Un nouveau séjour à la CRR est proposé :
x non

Incapacité de travail dans la profession actuelle de maçon-coffreur
100% du 01.07 au 02.09.2014.

Traitement à la sortie :

EFFIGEL gel tb 60 g 1-0-1-0 mg, topique
VOLTARENE Retard drag ret 75 mg 100 pce [!] 1-0-1-0 cpr, * per os
DAFALGAN cpr pell 1 g 40 pce [!] par 24h: 3x/j max g, * per os. Motif de la réserve : douleurs.

Physiothérapie en ambulatoire

Consultations ou examens prévus à la sortie

Rendez-vous chez le Dr Z. _____ le 02.09.2014 à 15h00."

Le 19 août 2014 également, la Dresse V. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22) et retenu que sur le plan psychiatrique, l'assuré présentait une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle légère, dans un contexte de surcharge, sans répercussion sur la capacité de travail, et qui ne nécessitait pas de médication psychotrope. Pour la Dresse V. _____, l'intéressé pourrait tirer profit d'un travail personnel approfondi centré sur

l'élaboration de ses difficultés existentielles, mais n'avait pas souhaité s'y engager à ce jour.

Le 5 décembre 2014, le Dr Z._____ a fait état d'une évolution favorable, la dernière IRM d'octobre 2014 montrant une bonne guérison de la greffe.

L'assuré a été examiné le 16 mars 2015 par le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA. Dans son rapport du même jour, ce médecin a notamment relevé ce qui suit :

“Déclarations de l'assuré

Depuis sa sortie de la CRR, l'assuré n'a pas perçu d'amélioration notable de l'état de son genou. Il n'a plus fait de séance de physiothérapie depuis sa sortie. L'assuré fait du vélo d'appartement et du step.

Il a été suivi par le Dr Z._____ jusqu'au 24.02.2015. Il n'y a pas d'autre rendez-vous prévu. M. A._____ prend 1 cp de Dafalgan® occasionnellement, en moyenne 0 à 2 cp par semaine.

Il déclare que son genou D est calme et indolore lorsqu'il est au repos ou assis. Lorsqu'il marche plus de 10 minutes, il ressent une fatigue du genou. Il peut marcher à plat environ 15 minutes après quoi il a des douleurs à la face antérieure de son genou. Il a des difficultés pour descendre les escaliers mais pas pour les monter. Il décrit que parfois son genou est tuméfié. Il n'a pas eu de lâchage du genou.

[...]

Appréciation

Assuré de 31 ans, marié depuis 2005, père de 2 garçons de 4 et 2 ans. Il a fait une formation d'infirmier au [...]. Il a déménagé en Suisse en 2005. Il travaille depuis 2006 comme coffreur.

Suite à un accident survenu en août 2006, M. A._____ a eu une entorse grave du genou D [droit] qui a nécessité une plastie du LCA le 20.10.2006. Après deux ans d'arrêt de travail, il a repris son métier de coffreur.

Suite à l'événement du 23.07.2013, une ostéochondrite du condyle fémoral interne du genou D associée à une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne a été mise en évidence.

Le 08.01.2014, le Dr Z._____ a effectué une arthroscopie, ménissectomie partielle du ménisque interne et une réparation de l'ostéochondrite par la technique AMIC. L'évolution fût marquée par des douleurs.

A l'issue de cet examen, on peut conclure que le cas est stabilisé. Le métier de coffreur n'est plus exigible car il ne respecte pas les limitations fonctionnelles.

L'assuré est désormais apte à travailler à 100% dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles. L'exigibilité est complète.

Les limitations fonctionnelles : éviter le port de charges de plus de 15 kg, éviter la marche en terrain irrégulier, éviter de monter sur des échelles ou des échafaudages, éviter de travailler accroupi ou à genoux.

Suite à l'événement du 04.08.2006, il y a eu une atteinte durable à l'intégrité corporelle qui sera précisée dans un document annexe.

Diagnostic

Douleurs persistantes du genou D.

Status après plastie du LCA (2006).

Status après arthroscopie, méniscectomie partielle interne et réparation d'une ostéochondrite disséquante du condyle fémoral interne par la technique AMIC (08.01.2014)."

Le 16 mars 2015 également, le Dr H. _____ a fait les constats suivants s'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle (IPAI) :

"1 Constatations

Suite à l'événement du 04.08.2006, une ostéochondrite du condyle fémoral interne a été mise en évidence ainsi qu'une lésion partielle du ménisque interne. Les radiographies effectuées en juillet 2014 montrent un très discret pincement fémoro-patellaire latéral, bilatéral, un peu plus marqué à droite qu'à gauche. Il y a une ébauche d'ostéophyte du condyle fémoral interne. A l'IRM d'avril 2014, mise en évidence d'une discrète atteinte de l'os sous-chondral du condyle fémoral interne. L'état actuel du genou D de l'assuré correspond à une arthrose moyenne.

2 Evaluation de l'atteinte à l'intégrité : 5 %

3 Motif

Cette estimation est fondée sur la table 5 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]. Une arthrose fémoro-tibial moyenne est indemnisée entre 5 et 15%. Dans le cas de M. A. _____, une indemnisation de 5% me paraît justifiée."

Le 13 octobre 2015, la CNA a indiqué à l'assuré que dans la mesure où il n'avait plus besoin de traitement médical spécifique, elle mettait un terme au paiement des indemnités journalières au 30 novembre 2015 au soir.

Par projet de décision du 21 octobre 2015, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière limitée dans le temps, du 1^{er} février 2015 (compte tenu d'une demande tardive) au 31 mars 2015, son degré d'invalidité s'élevant ensuite à 9,69% compte tenu d'un revenu sans invalidité de 66'456 fr. (correspondant à un revenu mensuel de 5'538 fr.) et d'un revenu d'invalidité de 60'018 fr. 91 (correspondant à un revenu mensuel de 5'001 fr. 60).

Le 1^{er} décembre 2015, la CNA a listé deux cent deux descriptions de postes de travail (DPT), pour en retenir cinq (DPT n° [...], [...], [...], [...] et [...]), pour des postes de collaborateur de production, dont la moyenne des salaires correspondait à un revenu annuel de 60'160 francs.

Le Dr H. _____ de la CNA a estimé le 4 janvier 2016 que l'atteinte au genou droit (réd. : à la suite de la chute du 26 juillet 2013) était une rechute de l'entorse du genou droit du 4 août 2006.

Par décision du 22 janvier 2016, la CNA a reconnu à l'assuré le droit à une IPAI de 5%. Elle a nié le droit à la rente, en retenant un revenu sans invalidité de 5'529 fr., et un revenu avec invalidité de 5'013 fr., dont la comparaison conduisait à une perte de gain de 9%, insuffisante pour ouvrir le droit à la rente. Selon le résumé des documents déterminants pour la fixation de la rente, le gain de valide avait été évalué à 66'350 fr. selon le calcul suivant : $29.- \times 2112 + 8.33\%$.

Le 18 février 2016, l'assuré a formé opposition à cette décision, en contestant le degré d'invalidité de 9% retenu et l'absence de mise en œuvre d'une expertise par un médecin neutre. Désormais

représenté par l'avocat Alessandro Brenci, l'assuré a complété son opposition le 30 mai 2016, en faisant valoir qu'il souffrait encore des suites de l'accident d'août 2006, et qu'il y avait dès lors lieu de lui reconnaître le droit à une rente d'invalidité ainsi qu'à une IPAI d'un taux supérieur à 5%.

Par décision sur opposition du 3 juin 2016, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a notamment expliqué que le revenu d'invalidé avait été déterminé sur la base des descriptions de postes de travail, et qu'après comparaison des revenus, le degré d'invalidité s'élevait à 9,33%, ce qui conduisait à refuser le droit à la rente d'invalidité.

B. Par acte du 6 juillet 2016, A. _____, représenté par Me Brenci, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision. En substance, il a fait valoir que son état l'empêchait d'avoir une quelconque capacité de travail, que l'IPAI de 5% était insuffisante, qu'une investigation approfondie de son cas devait être mise en place, et que le calcul du gain d'invalidé ne permettait pas de comprendre la base retenue par l'autorité intimée. A titre de mesures d'instruction, il a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, notamment orthopédique et psychiatrique.

Le 6 septembre 2016, la CNA, par son conseil Me Olivier Derivaz, a conclu au rejet du recours.

Le 5 décembre 2016, le recourant a maintenu sa position, en expliquant avoir subi une rechute le 6 septembre 2016 au même genou. Une opération était prévue le 2 décembre 2016, le recourant demeurant dans l'attente du protocole opératoire et des pièces médicales y afférent.

Le 9 mars 2017, un délai au 24 avril 2017 a été imparti au recourant pour produire les pièces mentionnées dans son écriture du 5

décembre 2016. Les pièces en question ont finalement été produites le 23 mai 2017 par l'intimée. Il en résulte que le recourant a subi le 2 décembre 2016 une arthroscopie du genou droit, avec extraction d'un corps libre, forage du condyle et comblement du défaut par du Tisseel (cf. protocole opératoire du 2 décembre 2016 du Dr Z._____). Le 9 mai 2017, le Dr Z._____ a exposé lors de cette intervention chirurgicale avoir constaté l'apparition d'une nouvelle zone de délitement cartilagineux, latéralement par rapport à la greffe de type AMIC, forée et colmatée avec de la colle fibrine. Qualifiant l'évolution de très défavorable, il a estimé que l'incapacité de travail de l'assuré était complète dans sa profession de coffreur. Indiquant qu'une IRM avait été demandée, ce médecin invitait la CNA à revoir son évaluation du cas.

Le 21 août 2017, retraçant son historique médical depuis sa première consultation par le Dr Z._____ à l'automne 2013, le recourant a complété ses moyens de preuve en requérant du tribunal qu'il interpelle le Dr Z._____ afin que ce dernier expose son appréciation de la situation. Il a en outre insisté sur le fait que l'expertise pluridisciplinaire précédemment sollicitée devait au moins comporter un volet orthopédique. En annexe, il a notamment produit un courrier du 14 juin 2017 adressé à l'Hôpital Orthopédique de la Suisse Romande dans lequel le Dr Z._____ a fait part de ses doutes sur le traitement à entreprendre en présence d'une évolution qui restait défavorable, avec des douleurs latérales.

Au terme de ses déterminations du 12 septembre 2017, la CNA a maintenu sa position. Elle a estimé que le cas avait été suffisamment instruit par son service médical et qu'il était inutile d'interpeller le Dr Z._____ sur l'état de santé actuel du recourant.

E n d r o i t :

- 1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1)

s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

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

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfait aux autres conditions de forme ; il est donc recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a).

b) Le juge statue sur la base de l'état de fait prévalant lorsqu'est rendue la décision attaquée (ATF 140 V 70 consid. 4.2 et 131 V 242 consid. 2.1).

c) 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 3 juin 2016, singulièrement sur l'évaluation de la capacité de travail du recourant et le point de savoir s'il peut prétendre à l'octroi d'une rente de la part de l'intimée.

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 et 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 (cf. 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. En l'occurrence, l'assuré s'est blessé au genou droit le 4 août 2006 en jouant au football, ce qui a conduit à une reconstruction du LCA intervenue le 20 octobre 2006. Malgré une bonne évolution constatée par le Dr L. _____ le 3 janvier 2007 avec une reprise du travail initialement prévue le 21 janvier 2007, le recourant a fait état de douleurs au niveau du genou, qui ont conduit le Dr T. _____ à suggérer un premier séjour à la CRR, du 28 mars au 1^{er} mai 2007. Compte tenu des progrès réalisés durant ce séjour, le recourant s'est vu reconnaître une pleine capacité de travail dans son activité de coffreur à la sortie de la CRR (cf. rapport des Drs F. _____ et S. _____ de la CRR du 15 mai 2007).

Toutefois, l'assuré a subi une première rechute le 2 juillet 2007, en raison d'un lâchage du genou, deux mois et demi après la reprise de son activité. Dans la mesure où l'évolution lentement favorable avec un traitement conservateur mentionnée le 21 novembre 2007 par le Dr W. _____ n'a pas perduré, ce spécialiste a effectué le 22 février 2008 une arthroscopie du genou, dont l'évolution a été lente, compte tenu d'un manque de mobilité, de force et de douleurs (cf. rapport du Dr J. _____ du 19 juin 2008). C'est dans ce contexte que l'assuré a été envoyé une deuxième fois à la CRR, où il a séjourné du 15 juillet au 13 août 2008. A l'issue de ce séjour, et au vu des améliorations objectives et subjectives constatées par les Drs C. _____ et S. _____, une pleine reprise de l'activité habituelle de coffreur a été prévue le 8 septembre 2008.

L'assuré a cependant présenté une nouvelle incapacité de travail, à 50%, à compter du mois de janvier 2010, en raison d'une chute d'un échafaudage survenue le 13 janvier 2010, qui avait occasionné une contusion du genou droit. Lors d'un entretien du 9 mars 2010 avec un inspecteur de la CNA, l'assuré a expliqué que son incapacité demeurait de

50%, jusqu'au 12 mars 2010, date de son prochain contrôle. Il ne figure au dossier aucun élément permettant d'attester que la capacité de travail du recourant aurait été réduite à compter du 13 mars 2010.

Le recourant a finalement été en incapacité de travail à compter du 26 juillet 2013, date à laquelle il a chuté d'un mur de 2,7 mètres.

Il résulte de ce qui précède que sous réserve de périodes d'incapacité de travail du 4 août 2006 au 1^{er} mai 2007, puis du 2 juillet 2007 au 7 septembre 2008, à 100%, et du 13 janvier au 12 mars 2010 à 50%, le recourant a été jusqu'au 26 juillet 2013 en mesure d'exercer son activité habituelle de coffreur.

A compter du mois de juillet 2013 toutefois, l'incapacité de travail dans l'activité habituelle a été totale. C'est dans ce contexte que le Dr Z._____ a pratiqué le 8 janvier 2014 une greffe par la technique AMIC. Le 25 février 2014, ce médecin a fait état d'une évolution favorable à la suite de la greffe, envisageant même dans un premier temps une reprise d'activité. Toutefois en présence d'un assuré demeurant algique, et malgré une bonne progression de la greffe, le Dr Z._____ a suggéré à la CNA un nouveau séjour à la CRR (cf. rapport du 29 avril 2014). L'assuré a dès lors séjourné pour la troisième fois à la CRR, du 1^{er} juillet au 6 août 2014. C'est alors que les Drs C._____ et M._____ ont estimé que l'assuré ne présentait pas les aptitudes professionnelles suffisantes pour reprendre sa profession de maçon-coffreur, retenant cependant que dans une activité adaptée, le pronostic de réinsertion était favorable, avec une pleine capacité de travail. Cette appréciation n'a pas été contredite par le Dr Z._____, qui a constaté le 5 décembre 2014 une évolution favorable avec une bonne guérison de la greffe.

Finalement, lors de son examen du 16 mars 2015, le Dr H._____ a constaté que le cas pouvait être considéré comme stabilisé. L'activité habituelle de coffreur n'était cependant plus exigible, car elle ne respectait pas les limitations fonctionnelles, à savoir : éviter le port de

charges de plus de quinze kilos, éviter la marche en terrain irrégulier, éviter de monter sur des échelles ou des échafaudages, éviter de travailler accroupi ou à genoux. Dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles, l'exigibilité était toutefois complète. Pour parvenir à ce constat, le Dr H._____ a pris en compte toutes les pièces médicales au dossier, parmi lesquelles de nombreux examens d'imagerie. Il s'est également notamment fondé sur les observations détaillées faites lors des trois séjours de l'assuré à la CRR. Il a également retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à la suite de son examen clinique du recourant. A cet égard, il a noté concernant le genou gauche qu'il était stable dans tous les plans, et que les signes méniscaux étaient négatifs. Sur le genou droit, il n'a pas constaté d'épanchement intra-articulaire, ni de signe de synovite, ni d'instabilité dans le plan frontal. Lors de la manœuvre de Lachmann, la course antéro-postérieure était légèrement augmentée mais l'arrêt était dur. Lors des manœuvres méniscales, l'assuré avait décrit quelques douleurs au compartiment interne, sans déclic. Quant à l'examen des chevilles et des pieds, il était dans la limite de la norme. L'assuré marchait sans boiterie et arrivait à s'accroupir. C'est ainsi sur la base du rapport du Dr H._____ du 16 mars 2015 que la CNA a défini l'exigibilité. Ce dernier n'est pas contredit, et remplit tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Il n'y a dès lors pas lieu de s'en écarter. Il convient ainsi de retenir que le recourant présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis la date de l'examen par le Dr H._____, le 16 mars 2015.

Au plan psychiatrique, il est notoire et non contesté que le fait d'avoir subi une entorse en jouant au football n'est pas un événement propre à générer des troubles psychiatriques. Lesdits troubles, pour autant qu'ils soient établis, ne sont dès lors quoi qu'il en soit pas en relation de causalité adéquate avec l'accident du mois d'août 2006, respectivement les rechutes du 2 juillet 2007, ni du 13 janvier 2010. Quant à la chute du 26 juillet 2013 (chute d'un mur de 2,7 mètres de hauteur, avec lésions multiples), on doit la qualifier d'accident de gravité moyenne.

En effet, les circonstances de l'accident n'ont pas revêtu de caractère dramatique ou impressionnant. Les lésions subies, à savoir des contusions du genou droit, ne sauraient être considérées, au regard de leurs conséquences purement physiques, d'une gravité ou d'une nature propre, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. Le traitement médical a consisté principalement en une greffe par la technique AMIC le 8 janvier 2014. Lors de son troisième séjour à la CRR, du 1^{er} juillet au 6 août 2014, le recourant a été déclaré apte à reprendre en plein, dans un délai de trois à six mois, une activité adaptée à son handicap par les Drs C. _____ et M. _____. Le 5 décembre 2014, le Dr Z. _____ a confirmé une évolution favorable avec une bonne guérison de la greffe. Le traitement ne saurait par conséquent pas être qualifié d'anormalement long et des complications n'ont pas été à déplorer. Enfin, on ne peut parler d'une longue incapacité de travail, celle-ci ayant duré, dans l'hypothèse la plus favorable, uniquement un peu plus d'une année.

En présence d'un accident de gravité moyenne et en l'absence en l'espèce de cumul de circonstances à prendre en considération ou d'intensité particulière de celles-ci (ATF 115 V 403), il convient de nier l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement du 26 juillet 2013 et les éventuels troubles psychiques développés ensuite par le recourant.

Pour le surplus, il n'est pas contesté que l'assuré a subi une nouvelle atteinte au genou droit le 6 septembre 2016, ainsi que cela ressort des pièces produites en procédure. *Prima facie*, selon lesdites pièces, l'atteinte survenue dès cette date semble en lien avec l'accident initial du 4 août 2006 dont la distorsion du genou droit en cause paraît être une rechute. C'est toutefois en septembre 2016 qu'est survenue la nouvelle distorsion qui a conduit à un délitement, avec prise uniquement partielle de la greffe de type AMIC cartilagineuse (cf. rapport du 9 mai 2017 du Dr Z. _____). La présente autorité n'a dès lors pas à la prendre en considération, l'état de fait déterminant pour juger du droit aux prestations en cause étant celui qui s'est déroulé jusqu'à la date de la

décision du 3 juin 2016 (cf. consid. 2b supra). Cette nouvelle atteinte fera dès lors le cas échéant l'objet d'une instruction nouvelle par l'intimée.

Dans ces circonstances, il n'y a ainsi pas lieu de donner suite aux requêtes du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire avec volets orthopédique et psychiatrique ainsi qu'à l'interpellation du Dr Z._____ sur l'état de santé actuel de son patient, le dossier étant suffisamment complet pour permettre à la Cour de statuer en connaissance de cause (appréciation anticipée des preuves : ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2 ; 8C_285/2013 du 11 février 2014 consid. 5.2 et 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

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 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'invalide 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 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 (ATF 129 V 472 consid. 4.2 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, *in* Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 3e éd., Bâle 2016, n ° 236 - 241).

Un abattement en pour-cent du salaire d'invalidé déterminant n'est pas admissible dans le système des DPT (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; TF 8C_88/2014 du 10 septembre 2014 consid. 3.3 et 8C_715/2008 du 16 mars 2009 consid. 4.3).

b) Le recourant ne conteste pas le revenu sans invalidité retenu par l'intimée. Celui-ci, établi en tenant compte d'un salaire horaire de 29 fr., pour une moyenne de 2'112 heures de travail annuelles, plus 8.33% de vacances, ne prête pas le flanc à la critique.

S'agissant du revenu avec invalidité, le recourant fait valoir que le calcul de l'intimée « apparaît sommaire, puisqu'il ne permet pas de comprendre la base » retenue par cette dernière. Or le montant de 60'160 fr. retenu par la CNA l'a été sur la base de cinq DPT (n° [...], [...], [...], [...] et [...]), pour la profession de collaborateur de production, ledit montant correspondant à la moyenne des salaires minimaux et maximaux des activités en cause pour l'année 2015.

Ces DPT sont au demeurant conformes aux limitations fonctionnelles retenues, et ne sont dès lors pas critiquables. Pour le

surplus, aucun abattement ne peut être effectué sur le revenu avec invalidité établi sur la base des DPT (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3).

Après comparaison des revenus sans (66'348 fr.) et avec invalidité (60'160 fr.), il en résulte un degré d'invalidité de 9,33% insuffisant pour ouvrir le droit à la rente (cf. art. 18 al. 1 LAA).

Pour autant que de besoin, on rappellera ici que 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).

7. Dans un autre grief, le recourant soutient que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) arrêté par la CNA à 5% est insuffisant.

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 (cf. 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 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_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 (cf. 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 (cf. 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 reconnu une IPAI de 5% sur la base de l'appréciation du Dr H._____. Cette appréciation n'est pas contredite. Le Dr H._____ a en outre expliqué que l'état du genou droit de l'assuré correspondait à une arthrose moyenne. Sur la base de la table 5 des barèmes d'indemnisation, et dans la mesure où une arthrose fémoro-tibiale moyenne est indemnisée entre 5 et 15%, il a estimé qu'une indemnisation de 5% était justifiée. Aucun élément ne permet de remettre en cause cette appréciation, qui sera dès lors confirmée.

8. Au vu de ce qui précède, le recours se révèle mal fondé et doit donc être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

a) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA). Au vu de l'issue du litige, le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

b) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré par le canton (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office.

En l'espèce, Me Brenci a fixé à treize heures et sept minutes le temps consacré à ce dossier. C'est ainsi un montant de 2'361 fr. (treize heures et sept minutes x tarif horaire de 180 fr.) qui doit être reconnu à titre d'honoraires pour les opérations effectuées, plus la TVA à 8%, d'un montant de 189 fr., soit 2'550 fr. au total. L'avocat d'office a également droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1 consid. 3a). En l'occurrence, c'est un montant de 32 fr. 30, TVA à 8% en sus par 2 fr. 60,

qui doit être reconnu à ce titre. L'indemnité d'office doit ainsi être fixée à 2'584 fr. 90, montant arrondi à 2'585 francs.

La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser ce montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 3 juin 2016 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

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

- IV. L'indemnité d'office de Me Alessandro Brenci est arrêtée à 2'585 fr. (deux mille cinq cent huitante cinq 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 mise à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Alessandro Brenici (pour A. _____),
- Me Olivier Derivaz (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :