

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 septembre 2017

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Pittet et Perdrix, assesseurs
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Boschetti, avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 7 ss et 16 LPGA ; 6 al. 1 et 24 al. 1 LAA.

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1982, d'origine [...] et de nationalité [...], a été engagé par Z._____ dès le 2 juin 2014 en qualité de plâtrier. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le contrat de travail prévoyait un salaire horaire de 30 fr. 50, vacances et 13^{ème} salaire non compris. L'indemnité de vacances s'élevait à 10.64 % du salaire horaire de base, ceci avec 25 jours de vacances par année. S'agissant de la durée du travail, le contrat renvoyait à la Convention collective de travail romande du second œuvre, fixant une durée hebdomadaire moyenne de 41 heures (cf. contrat de travail signé par les parties le 30 mai 2014). Le 30 juin 2014, l'employé a été informé que son salaire horaire augmenterait à 32 fr. dès le 1^{er} juillet 2014.

Le 30 novembre 2014, l'assuré a glissé sur une piste de bowling et a subi un traumatisme du genou droit. Il a été admis au Service des urgences du J._____. Le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au sein du J._____, a posé les diagnostics d'entorse du ligament latéral interne de grade I, ainsi que de probable re-rupture du ligament croisé antérieur. Le traitement proposé était notamment sous forme d'antalgie et de mobilisation avec gain d'amplitude (cf. prescription de physiothérapie du 3 décembre 2014). L'assuré a été en incapacité totale de travail depuis la chute.

Il a repris le travail à 50 % dès le 19 janvier 2015, puis à 100 % à compter du 2 février 2015.

Le 9 février 2015, alors qu'il était accroupi, l'intéressé a subi un blocage de son genou droit.

Lors d'un entretien téléphonique du 16 février 2015, l'intéressé a déclaré à la CNA qu'il avait eu un accident de football en [...] dix ans auparavant, avec une rupture des ligaments croisés du genou droit. Il s'était fait opérer (cf. note d'entretien téléphonique de la CNA du 16 février 2015).

Le 24 février 2015, l'assuré est retourné au J. _____ en raison de douleurs et d'une impression de gonflement du genou droit. Dans un rapport du 25 février 2015 relatif à cette consultation, le Dr O. _____, médecin, a noté au titre de l'anamnèse qu'une imagerie par résonance magnétique du 7 janvier 2015 montrait une rupture du ligament croisé antérieur et du ligament latéral interne, ainsi qu'une déchirure complexe du ménisque interne. L'assuré a été en incapacité totale de travail depuis le 24 février 2015.

Dans un rapport du 2 avril 2015, le Dr G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au J. _____, a retenu les conclusions suivantes :

- « Patient âgé de 32 ans qui présente à hauteur de son genou droit :
- un échec de plastie du LCA [ligament croisé antérieur] probablement réalisée par tendons des ischio-jambiers, il y a 13 ans en [...], en position non anatomique. La stabilisation de cette plastie a été réalisée par vis d'interférence, dont la vis tibiale est particulièrement longue et la vis fémorale a été placée par voie intra-articulaire. On note une dilatation du tunnel tibial ;
 - une gonarthrose fémoro-tibiale interne débutante survenant dans un contexte de morphotype en varus estimé à 4° sur le MID [membre inférieur droit] ;
 - une déchirure méniscale externe, affectant la corne postérieure de ce ménisque mais également très probablement son corps et sa corne antérieure. »

Ce spécialiste proposait, devant l'échec d'un traitement conservateur, une prise en charge chirurgicale, fixée au 1^{er} avril 2015.

Ce jour-là, l'assuré a subi une arthroscopie diagnostique, une méniscectomie partielle externe, une ablation du matériel d'ostéosynthèse au niveau du tibia proximal et du fémur distal, ainsi qu'un premier temps

de révision de plastie du ligament croisé antérieur pour débridement et comblement des tunnels tibial et fémoral. Le Dr G._____ a posé les diagnostics post-opératoires d'échec de la plastie du ligament croisé antérieur réalisée par tendons des ischio-jambiers, de position non-anatomique de la plastie du ligament croisé antérieur particulièrement du côté fémoral, de déchirure en anse de seau du ménisque externe, de lésion chondrale de stade II affectant la partie centrale du condyle fémoral interne, ainsi que de déviation en varus de 4° du membre inférieur droit (cf. protocole opératoire du 8 avril 2015 du Dr G._____).

Le 24 avril 2015, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a indiqué que les troubles qui avaient nécessité l'intervention précitée étaient probablement en relation avec l'accident du 30 novembre 2014, ceci dans le cadre d'une détérioration déterminante d'une situation pathologique pré-existante.

L'assuré a repris le travail à 50 % dès le 1^{er} juin 2015.

Dans un rapport du 3 août 2015 faisant suite à une consultation du 7 juillet 2015, les Drs G._____ et Y._____, médecin assistant, ont indiqué que l'évolution postopératoire précoce paraissait favorable. L'assuré se déplaçait en appui total, sans canne. La plainte principale du patient, limitant selon ce dernier une reprise professionnelle totale, consistait en des douleurs en région antérieure, et non une instabilité fonctionnelle. Les médecins ont expliqué qu'ils ne proposaient pas de prise en charge chirurgicale, car une nouvelle plastie ne corrigerait pas ces douleurs, mais seulement une instabilité, non gênante ici. Les douleurs étaient probablement dues à la gonarthrose fémoro-tibiale interne présentée par l'assuré et à la méniscectomie externe qu'il avait subie. Les médecins ont énoncé avoir suggéré au patient une reconversion professionnelle.

Le 11 août 2015, lors d'un entretien avec la CNA en présence de son employeur, l'assuré a expliqué que ses tâches avaient été adaptées. L'employeur a ajouté que l'intéressé souffrait déjà d'une épaule.

Dès le 1^{er} septembre 2015, l'assuré a augmenté son taux à 75 %.

Le Dr Q._____ a examiné l'intéressé le 19 octobre 2015. Dans son rapport daté du même jour, il a notamment fait état de ce qui suit :

« [...] En ce qui concerne le problème de l'épaule, l'assuré a été opéré par le Dr M._____ le 30.12.2010 d'une luxation antérieure récidivante post-traumatique de l'épaule D [droite]. Le Dr M._____ a effectué une stabilisation antérieure par voie arthroscopique de l'épaule D par réparation capsulo-ligamentaire antéro-inférieure. Cette intervention a été à la charge de la SUVA [CNA], dans le cadre du sinistre [...].

Dans le cadre de ce sinistre, une protrusion disco-ostéophytaire C5-C6 [cervicale 5 - cervicale 6] latéro-foraminale D comprimant la racine C6 D a été confirmée par le Dr X._____ lors d'un examen du 28.05.2013. Cette protrusion entraînait une atteinte radiculaire C6 symptomatique sous forme de douleurs au niveau de l'épaule et du bras D, s'accompagnant d'un endormissement de l'épaule et du pouce D. Cette protrusion disco-ostéophytaire C5-C6, avec la symptomatologie y relative, a clairement été reconnue comme non en relation avec ce sinistre. [...] »

Le Dr Q._____ a en outre fait l'appréciation suivante du cas :

« Nous nous trouvons à pratiquement 1 année d'une entorse du genou D chez un patient qui avait eu, dans ses antécédents, une plastie du LCA de ce genou D.

Cet accident a très probablement entraîné une décompensation déterminante d'une pathologie pré-existante (échec de la plastie du LCA avec gonarthrose fémoro-tibiale interne débutante) en provoquant une déchirure en anse de seau du ménisque externe.

Nous nous trouvons à plus de 6 mois après arthroscopie avec ménissectomie partielle externe, ablation du matériel d'ostéosynthèse (vis d'interférence métallique au niveau du tibia proximal et du fémur distal et premier temps de révision d'une plastie du LCA par débridement et comblement des tunnels tibial et fémoral). Lors de cette intervention, une lésion chondrale de stade II affectant la partie centrale du condyle fémoral interne a été mise en évidence.

L'évolution post-opératoire a été marquée par la persistance de douleurs dans la région antérieure de son genou D lors de la reprise professionnelle. L'assuré ne se plaignait pas de l'instabilité fonctionnelle de son genou D, raison pour laquelle l'indication à une nouvelle plastie du LCA n'a jusqu'ici plus été retenue.

Actuellement, subjectivement, le patient se plaint de douleurs au niveau de la partie antérieure de son genou D après environ 30 minutes de marche. Cette douleur apparaît plus rapidement à la marche en terrain en pente, surtout à la montée. Le patient doit faire très attention lorsqu'il marche en terrain irrégulier ou lorsqu'il porte des charges de plus de 10 à 15 kg car il a une certaine impression d'instabilité de son genou D. Les escaliers sont très rapidement douloureux, surtout à la montée. Il arrive à se fléchir sans trop de problèmes mais il ressent des douleurs, toujours au niveau antérieur de son genou D lorsqu'il se relève de cette position en genuflexion. Il a eu 2 à 3 épisodes de lâchages de ce genou D, lâchages n'ayant toutefois pas entraîné de chute.

Objectivement à l'examen clinique, varum des membres inférieurs avec DIC [distance intercondylienne] fémorale interne de 3 TDD, malléoles internes au contact. Au niveau du genou D, le tiroir antérieur est nettement augmenté, les signes de sollicitation rotulienne sont douloureux et la palpation des interlignes articulaires interne et externe est légèrement douloureuse.

Du point de vue asséculoologique et à moins que l'équipe du Dr G._____ ne change d'avis et propose une nouvelle intervention chirurgicale au patient, la situation paraît stabilisée.

L'état du genou D entraîne qu'une activité adaptée est une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de fréquent long déplacement avec port de charges de plus de 15 kg, pas de fréquent déplacement en terrain irrégulier, pas de fréquent escalier, [pas] de fréquent[s] travaux en genuflexion ou à genoux, pas de fréquent port de charges de plus de 15 kg.

Restent à la charge de la SUVA le traitement antalgique et anti-inflammatoire prescrit, un suivi par un spécialiste en orthopédie à raison de 1 à 2 fois par année ainsi que, si prescrites, jusqu'à 2 x 9 séances de physiothérapie antalgique par année pour le genou D. Toute nouvelle intervention chirurgicale au niveau de ce genou D sera également à la charge de la SUVA.

A noter qu'à l'examen de ce jour, l'accident et les séquelles de l'accident au niveau de l'épaule D (sinistre [...]) ne justifient aucune limitation fonctionnelle particulière. »

S'agissant de l'estimation de l'atteinte à l'intégrité, le Dr Q._____ a retenu que l'accident au niveau de l'épaule droite et ses séquelles ne justifiaient aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI). Concernant le genou droit, il a indiqué que le patient présentait un genou tout à fait comparable à un genou souffrant d'une arthrose fémoro-tibiale moyenne. Cela ouvrirait un droit à une IPAI de 10 % selon la table 5 des Indemnisations des atteintes à l'intégrité selon la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20). Ceci

dit, l'accident était arrivé sur un genou présentant déjà une arthrose fémoro-tibiale. Cet état antérieur justifiait une réduction de l'IPAI de moitié. Le Dr Q._____ a ainsi évalué l'atteinte à l'intégrité à 5 %.

Dans un rapport du 5 novembre 2015, le Dr Y._____ a indiqué que l'incapacité de travail de 25 % était maintenue et répété qu'une nouvelle plastie ne corrigerait pas les douleurs du patient.

Lors d'un entretien du 10 novembre 2015 avec la CNA, l'assuré et son employeur ont expliqué qu'il travaillait la journée entière depuis la fin du mois d'octobre 2015, avec un rendement de 75 % (cf. note d'entretien du 10 novembre 2015 de la CNA).

Le 20 novembre 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), en faisant état d'une atteinte au genou droit depuis le 30 novembre 2014.

Le 9 février 2016, lors d'un entretien avec la CNA, l'intéressé et son employeur ont expliqué que le rendement était plutôt de 70 % que 75 % et qu'il ne ferait plus jamais mieux. L'on ne voyait pas dans quoi on pourrait l'occuper, alors que cela avait toujours été son métier et qu'il ne parlait pas français.

Dans une note du 23 février 2016, la CNA a fixé le gain annuel que percevait l'assuré au moment de l'accident à 73'907 fr., selon le calcul suivant : $(32 \text{ fr.} \times 41 \text{ [heures]} \times 52 \text{ [semaines]}) + 8.33 \%$.

Par décision du 30 mars 2016, la CNA a informé l'assuré qu'en raison de la stabilisation de la situation sur le plan médical, elle mettait fin au 30 avril 2016 au versement de l'indemnité journalière et au remboursement des frais de traitement, hormis la médication antalgique sur prescriptions médicales et les consultations médicales y relatives, un suivi par un spécialiste en orthopédie une à deux fois par année et, si nécessaire médicalement et sur prescription médicale, une à deux séries

de neuf séances de physiothérapie antalgique par année pour le genou droit.

Dans une note du 18 mai 2016, la CNA a indiqué que selon le médecin d'arrondissement, une capacité de travail entière était exigible dans une activité adaptée. Cette capacité permettrait, au vu des données résultant des descriptions de postes de travail adaptés (ci-après : DPT), de réaliser un salaire annuel de 62'306 francs.

Par décision du 18 mai 2016, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 16 % fondée sur un gain annuel assuré de 77'282 fr., soit 824 fr. 35 par mois, à compter du 1^{er} mai 2016. Elle a expliqué que le revenu sans invalidité s'élevait à 73'907 fr. et que le revenu qu'il pourrait réaliser dans une activité adaptée se montait à 62'306 fr., de sorte qu'il résultait de la comparaison de ces revenus une perte de 15.69 % pour laquelle elle allouait une rente d'invalidité de 16 %. Par ailleurs, il ressortait de l'appréciation médicale qu'il présentait une atteinte à l'intégrité de 5 %. La CNA lui a ainsi octroyé une IPAI de 6'300 fr. (5 % x montant maximal du gain assuré de 126'000 fr.).

Par acte du 20 mai 2016, l'assuré, désormais représenté par Me Olivier Boschetti, a formé opposition à l'encontre de cette décision, qu'il a complétée le 30 juin 2016. Il a contesté le montant des revenus avec et sans invalidité, de même que celui du gain assuré. Il a en outre soutenu qu'il n'était pas justifié de réduire l'IPAI de moitié. En annexe étaient joints les documents suivants :

- un rapport du 28 janvier 2011 des Drs S._____ et W._____, respectivement spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin assistant au J._____, exposant que l'assuré avait subi une intervention de stabilisation antérieure arthroscopique de l'épaule droite le 30 décembre 2010 et que les suites opératoires étaient simples ;

- un compte-rendu du 24 mars 2015 sur lequel le Dr G._____ avait noté qu'avec l'intervention [du 1^{er} avril 2015], il persistera toujours des craquements, des douleurs, ainsi qu'une instabilité ;
- un courrier non daté de l'employeur, indiquant qu'après l'accident du 30 novembre 2014, le rendement de l'intéressé avait été réduit d'environ 25 à 30 % selon les rapports médicaux et les constatations sur le terrain, et que même avec un taux d'occupation de 75 %, ses tâches devaient être adaptées, l'employé ne pouvant soulever des poids de plus de 15 kg et ne pouvant effectuer certaines tâches de manière continue ; son rendement se situait en-dessous de 75 % ;
- les décomptes de salaire de l'assuré des mois de mai et juin 2015, ainsi que ceux de janvier à mai 2016 et de juillet 2016.

Par projet de décision du 15 juillet 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui refuser l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité, son degré d'invalidité (10.21 %) ne donnant pas droit à celles-ci.

Dans une note du 20 juillet 2016, la CNA a indiqué que le gain sans invalidité présumé en 2016 s'élevait à 75'061 fr. 85, selon le calcul suivant : $(32 \text{ fr. } 50 \times 41 \text{ heures} \times 52 \text{ semaines}) + 8.33 \%$.

Par décision sur opposition du 21 juillet 2016, la CNA a partiellement admis l'opposition, en ce sens qu'elle a alloué à l'assuré à compter du 1^{er} mai 2016 une rente d'invalidité de 16 % fondée sur un gain annuel assuré de 85'505 fr. et non plus de 77'282 fr., s'élevant ainsi à 912 fr. 05 par mois $(85'505 \text{ fr.} \times 80 \% = 68'404 \times 16 \% = 10'944 \text{ fr. } 64 : 12 = 912 \text{ fr. } 05)$. Se basant sur le rapport du 19 octobre 2015 du Dr Q._____, elle a retenu que l'intéressé pouvait exercer une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites. Elle a expliqué qu'il travaillait depuis la fin du mois d'octobre 2015 la journée entière avec un rendement de 75 %. Elle ne pouvait se référer au revenu réalisé, de surcroît dans une activité qui ne respectait pas les limitations fonctionnelles. Le revenu d'invalidité

avait donc été fixé sur la base des données salariales résultant des DPT. Les DPT choisies étaient adaptées au handicap de l'assuré et ne demandaient aucune formation, de sorte qu'elles pouvaient être exercées par ce dernier. En 2016, le revenu sans invalidité était de 75'061 fr. et celui avec invalidité de 62'721 fr., de sorte qu'il résultait une perte de 16.42 %. Le taux de la rente d'invalidité de 16 % devait donc être confirmé. S'agissant du gain assuré, la CNA a expliqué que l'année avant l'accident, l'intéressé avait réalisé un gain de 38'322 fr. 95 selon ses fiches de salaire, qui devait être converti sur l'année (38'322 fr. 95 x 365 : 181, soit 77'282 fr.). La CNA a reconnu qu'il convenait d'ajouter à cette somme l'indemnité pour vacances de 10.64 %, de sorte que le gain annuel devait être fixé à 85'505 francs. Concernant l'IPAI, la CNA a indiqué que sur une question essentiellement médicale et en l'absence d'élément contraire au dossier, il y avait lieu de se fonder sur l'avis du Dr Q._____, lequel avait tenu compte du fait qu'avant l'accident du 30 novembre 2014, l'assuré présentait un état antérieur important qui justifiait une réduction du taux de l'IPAI.

B. Par acte du 14 septembre 2016, K._____, par son conseil, a recouru contre la décision sur opposition précitée 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'au moins 25 % et d'une IPAI d'un taux de 10 %, ainsi que la fixation du gain assuré à 87'000 francs. Le recourant a soutenu que le revenu sans invalidité fixé par la CNA aurait dû tenir compte des indemnités pour les jours fériés et les vacances et être calculé sur 47 semaines, de sorte qu'il devait s'élever à 77'847 francs. Il a également contesté le revenu avec invalidité déterminé par la CNA, faisant valoir qu'elle s'était basée sur des données salariales de cinq DPT, activités qu'il n'était toutefois pas en mesure d'exercer au vu de son état de santé global, notamment de son atteinte à l'épaule, au bras et au pouce droits. La CNA n'avait pas tenu compte de l'entier de son état de santé pour déterminer sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles. De plus, l'un des postes exigeait une compréhension minimale du français, alors que ses connaissances étaient limitées. Par ailleurs, il a soutenu que les indemnités pour jours fériés devaient être

prises en compte également pour le montant du gain assuré, qui devait dès lors être fixé à 87'000 francs. S'agissant de l'IPAI, il a relevé que malgré son arthrose, il avait toujours été capable de travailler avant l'accident du 30 novembre 2014 et qu'aucun élément ne permettait de justifier une réduction par moitié de l'indemnité, de sorte qu'elle devait être fixée à 10 %. Le recourant a requis son audition personnelle, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Etaient notamment joints les rapports suivants :

- un rapport du 13 mai 2013 du Dr M. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, posant les diagnostics de décompensation d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et de status post-stabilisation arthroscopique de l'épaule droite en 2011 pour luxation antérieure récidivante post-traumatique ;
- un rapport du 28 mai 2013 du Dr X. _____, spécialiste en neurologie, posant le diagnostic de confirmation d'une atteinte radiculaire C6 droite sur protrusion disco-ostéophytaire C5-C6 latéro-foraminale droite comprimant la racine C6 droite. Ce spécialiste indiquait que le patient se plaignait de douleurs au niveau de l'épaule et du bras droits, s'accompagnant d'un endormissement de l'épaule et du pouce droits.

Dans sa réponse du 19 décembre 2016, l'intimée, désormais représentée par Me Didier Elsig, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle a indiqué que les DPT étaient adaptées au handicap du recourant, ajoutant que les séquelles de l'accident à l'épaule ne l'empêchaient pas d'œuvrer, actuellement encore, dans le domaine de la construction, ni de s'adonner au bowling. Elle a rappelé que seules les atteintes à la santé étaient prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et que des facteurs étrangers à l'accident, tels des connaissances linguistiques insuffisantes, ne pouvaient être prises en compte dans l'estimation de l'invalidité.

Dans sa réplique du 20 mars 2017, le recourant, par son conseil, a maintenu ses conclusions. Il a répété qu'il ne pouvait pas exercer les activités retenues par l'intimée en raison de son atteinte à l'épaule et au pouce droits. En outre, son état de santé continuait à se péjorer, car il se trouvait régulièrement en arrêt maladie en raison de hernies. S'agissant de l'IPAI, il a relevé que l'indemnité devait être fixée en tenant compte de l'aggravation prévisible de l'atteinte, ce que l'intimée ne semblait pas avoir fait. De plus, cette dernière n'avait pas expliqué les raisons l'ayant amenée à retenir le taux de 5 %. En annexe étaient joints différents certificats médicaux établis par les Drs V. _____ et F. _____, respectivement spécialiste en rhumatologie et médecin au T. _____, attestant une incapacité totale de travail du 27 janvier au 12 mars 2017 pour un motif de maladie.

Dans sa duplique du 26 juin 2017, l'intimée, par son conseil, a indiqué que dans son évaluation et ses DPT, elle avait uniquement tenu compte des séquelles traumatiques invalidantes que présentait l'assuré, et non d'autres problèmes, tels que les hernies. En effet, à le suivre, la présence de maladies invalidantes permettrait systématiquement de déboucher sur une rente d'invalidité entière de l'assureur-accidents, ce qui n'avait pas été prévu par le législateur, hormis s'agissant d'un assuré d'un âge avancé, ce qui n'était pas le cas du recourant. Concernant l'IPAI, en cas d'aggravation de son état de santé, il conservait la possibilité de recevoir ultérieurement un complément d'indemnité.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du

canton de domicile 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).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment 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).

b) En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile compte tenu des fêtes d'été (art. 38 al. 4 let. b LPGA) et devant le tribunal compétent, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) La contestation porte en l'espèce sur le taux d'invalidité de l'assurance-accidents présenté par le recourant, sur le montant de son gain assuré, ainsi que sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI).

b) On précisera que les modifications introduites par la novelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 (ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]), ne sont pas applicables au cas d'espèce (ATF 136 V 24 consid. 4.3, 130 V 445 consid. 1.2.1, 129 V 1 consid. 1.2 ; TF 9C_446/2013 du 21 mars 2014 consid. 4.2).

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui

compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'événement 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. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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 consid. 3.2, 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références).

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

Conformément à l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de

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

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

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut

encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

4. En l'espèce, le recourant conteste en premier lieu l'évaluation de son état de santé, respectivement l'existence d'une capacité résiduelle

de travail de 100 % dans l'exercice d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

a) En l'occurrence, la CNA a fait sienne l'appréciation du Dr Q._____ du 19 octobre 2015, selon laquelle le recourant présentait une situation stabilisée au genou droit, à moins d'une nouvelle intervention. Le spécialiste a constaté, au niveau de ce genou, un tiroir antérieur nettement augmenté, des signes de sollicitation rotulienne douloureux et une palpation des interlignes articulaires interne et externe légèrement douloureuse. Il a retenu que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de fréquent long déplacement avec port de charges de plus de 15 kg, pas de fréquent déplacement en terrain irrégulier, pas de fréquent escalier, [pas] de fréquent[s] travaux en genuflexion ou à genoux, pas de fréquent port de charges de plus de 15 kg. S'agissant de l'épaule droite, le Dr Q._____ a exposé que l'assuré avait été opéré le 30 décembre 2010 d'une luxation antérieure récidivante post-traumatique, intervention qui avait été prise en charge par la CNA. Il a toutefois conclu que l'accident au niveau de cette épaule et ses séquelles ne justifiaient aucune limitation fonctionnelle particulière. Par ailleurs, il a pris en considération le rapport du 28 mai 2013 du Dr X._____, posant le diagnostic de confirmation d'une atteinte radiculaire C6 droite sur protrusion disco-ostéophytaire C5-C6 latéro-foraminale droite comprimant la racine C6 droite et indiquant que le patient se plaignait de douleurs au niveau de l'épaule et du bras droits, s'accompagnant d'un endormissement de l'épaule et du pouce droits. Le Dr Q._____ a toutefois retenu que cette protrusion - au niveau des cervicales - n'était pas en relation avec l'accident ayant entraîné une lésion de l'épaule droite.

Ce rapport a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et repose notamment sur un examen clinique de l'assuré. De plus, les plaintes de ce dernier ont été prises en compte. La description du contexte médical est claire, de même que l'opinion du Dr Q._____, qui est en outre motivée. Son rapport remplit donc les critères jurisprudentiels pour

se voir reconnaître une valeur probante. S'agissant du genou droit, les Drs G. _____ et Y. _____ ont d'ailleurs indiqué qu'ils ne proposaient pas de nouvelle prise en charge chirurgicale, mais qu'ils avaient suggéré au patient d'entamer des démarches pour une reconversion professionnelle (cf. rapport du 3 août 2015), ce que le Dr Y. _____ a répété par la suite (cf. rapport du 5 novembre 2015).

Les autres documents médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions du Dr Q. _____. En particulier, s'agissant du genou droit, le compte-rendu du 24 mars 2015 du Dr G. _____, rédigé avant l'opération du 1^{er} avril 2015, n'est pas suffisant. En effet, ce document se limite à mentionner qu'avec cette intervention, il persistera toujours des craquements, des douleurs, ainsi qu'une instabilité, ce qui ne suffit pas à considérer que le recourant ne dispose pas d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Concernant l'épaule droite, le rapport du Dr M. _____ posant notamment le diagnostic de décompensation d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, date du 13 mai 2013, soit plus de deux ans avant l'examen par le Dr Q. _____. Ce rapport ne mentionne aucune limitation, ce que le Dr Q. _____ a d'ailleurs constaté lors de son examen de cette épaule.

Quant au courrier non daté de l'employeur de l'assuré, indiquant que ce dernier présente un rendement réduit et que ses tâches doivent être adaptées, il va dans le sens des conclusions du Dr Q. _____, lequel a défini des limitations fonctionnelles qui ne peuvent être respectées dans l'exécution des tâches habituelles d'un plâtrier.

Il y a ainsi lieu de se rallier aux conclusions du Dr Q. _____ et de considérer que le recourant présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

b) Le recourant critique le fait que l'intimée ne tienne pas compte de son état de santé dans sa globalité pour déterminer sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles. Il se prévaut à ce titre

d'atteintes à l'épaule, au bras et au pouce droits, ainsi que de hernies discales.

Tout d'abord, il sied de relever que le Dr Q. _____ a tenu compte de l'accident ayant touché l'épaule droite et de ses séquelles, mais il a conclu que cela ne justifiait aucune limitation fonctionnelle particulière.

Ce médecin a également pris en considération le rapport précité du Dr X. _____, duquel il ressortait que le patient se plaignait de douleurs au niveau de l'épaule et du bras droits, s'accompagnant d'un endormissement de l'épaule et du pouce droits. Toutefois, le Dr Q. _____ a retenu que la protrusion diagnostiquée par le Dr X. _____ au niveau des cervicales, entraînant une atteinte radiculaire C6 provoquant les symptômes susmentionnés, n'était pas en relation avec l'accident ayant touché l'épaule droite. Or, seules les lésions en lien de causalité avec un accident assuré engagent la responsabilité de l'intimée.

Il en va de même des hernies dont se prévaut le recourant pour la première fois dans sa réplique du 20 mars 2017. Selon toute vraisemblance, elles ne présentent aucun lien de causalité avec l'accident relatif à l'épaule droite en 2010, ni avec celui du 30 novembre 2014 concernant le genou droit. Il sied en outre de relever qu'elles ne sont attestées par aucun élément médical au dossier, hormis différents certificats d'incapacités de travail dont se prévaut l'intéressé, qui se limitent à indiquer que l'incapacité est due à un motif de maladie.

c) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que seules les atteintes au genou droit du recourant consécutives à l'accident du 30 novembre 2014, de même que celles consécutives à l'accident relatif à l'épaule droite - dont le Dr Q. _____ a toutefois précisé qu'elles n'entraînaient aucune limitation fonctionnelle - engagent la responsabilité de la CNA. Compte tenu des lésions objectives séquellaires en relation avec les accidents subis, force est de retenir une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Le dossier

médical est complet, de sorte qu'il n'y a pas lieu de mettre sur pied une expertise, tel que requis par le recourant.

5. Le recourant conteste également le revenu d'invalidé pris en compte dans la comparaison des revenus effectuée par l'intimée.

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

Pour fixer le revenu d'invalidé, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé par l'assuré après la survenance de l'atteinte à la santé si cette activité est stable, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 et 126 V 75 consid. 3b/aa ; TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit 3^{ème} éd., Bâle 2016, n. 233 p. 978). Il s'agira en revanche de se fonder sur un revenu hypothétique lorsque l'assuré ne met pas – ou pas pleinement – à profit sa capacité de travail après l'accident (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 234 p. 978). Dans ce cas, la jurisprudence a dégagé deux méthodes d'évaluation du revenu d'invalidé, entre lesquelles le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence ; la première se fonde sur les données salariales publiées par

l'Office fédéral de la statistique (OFS) dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), tandis que la seconde repose sur les données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) récoltées par la CNA (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 et les références citées ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 236 à 241 pp. 978 - 980). Selon la jurisprudence, la détermination du revenu d'invalidé sur la base des données salariales résultant des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2).

b) En l'occurrence, l'intimée a fait application de la seconde méthode d'évaluation, à savoir celle consistant à déterminer le revenu d'invalidé sur la base des données salariales résultant de cinq DPT. Elle a ainsi retenu un revenu exigible en 2016 de 62'721 francs. Le recourant fait valoir qu'au vu de son état de santé global et des limitations entraînées par ses différentes atteintes, il n'est pas en mesure d'exercer les activités choisies par l'intimée.

Toutefois, tel que susmentionné, seules les lésions au genou droit consécutives à l'accident du 30 novembre 2014, de même que celles consécutives à l'accident relatif à l'épaule droite engagent la responsabilité de l'intimée, à l'exclusion des hernies et de l'atteinte radiculaire, laquelle a notamment pour conséquence un endormissement de l'épaule, du bras et du pouce droits (cf. consid. 4b et c supra). Le bien-fondé du choix des DPT opéré par l'intimée ne doit donc être examiné qu'à la lumière des limitations engendrées par l'atteinte au genou et à l'épaule droits ressortant à la CNA, étant précisé que selon le Dr Q._____, l'accident à l'épaule et ses séquelles n'entraînent aucune limitation.

Les cinq DPT auxquelles l'intimée a fait référence, soit soudeur laser, angleur main, ouvrier à l'ébavurage, façonneur de lumières et employé de collage/soudage, sont toutes des activités professionnelles du domaine de l'industrie légère. Elles respectent les limitations

fonctionnelles mises en évidence par le Dr Q._____. En effet, pour chacune de ces activités, il n'est jamais exigé de fréquent déplacement en terrain irrégulier, de fréquent escalier, de fréquents travaux en genuflexion ou à genoux, de fréquent long déplacement avec un port de charges de plus de 15 kg, ni de fréquent port de charges de ce poids. En outre, les activités retenues n'exigent aucune formation pour certaines, et une formation élémentaire pour d'autres, de sorte qu'elles peuvent être exercées par le recourant.

S'agissant du fait que l'assuré ne parle pas bien le français, on relèvera que cette circonstance ne fait pas partie des éléments à prendre en compte pour évaluer l'invalidité. En vertu de l'art. 7 al. 2 LPGA, seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. Selon la jurisprudence, même s'il est vrai que des facteurs tels que l'âge ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires, qui à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité ou de l'incapacité de travail, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2 et les références citées). Une exception à ce principe figure à l'art. 28 al. 4 OLAA, qui concerne les assurés d'un âge avancé, et qui n'est donc pas applicable en l'espèce, le recourant étant né en 1982.

En outre, la CNA a respecté les conditions imposées par la jurisprudence en matière de DPT (cf. consid. 5a supra). Le revenu d'invalidité de 62'721 fr. fixé par l'intimée ne prête ainsi pas le flanc à la critique.

6. Le recourant conteste ensuite le revenu sans invalidité retenu par l'intimée.

a) Selon la jurisprudence, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine, en règle générale, en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle pourrait effectivement réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 8C_563/2014 du 12 janvier 2015 consid. 4.1).

b) En l'occurrence, la CNA a fixé le revenu sans invalidité à 75'061 fr. (32 fr. 50 de tarif horaire x 41 heures x 52 semaines) + 8.33 % pour le 13^{ème} salaire. Elle a ainsi annualisé le salaire horaire et, dans ces circonstances, n'a à juste titre pas ajouté d'indemnité pour les vacances et pour les jours fériés, ce qui reviendrait à comptabiliser deux fois ces montants (TF 8C_47/2014 consid. 4.3 et la référence citée).

Le recourant soutient que le revenu sans invalidité doit expressément tenir compte de l'indemnité pour les vacances (10.64 %) et les jours fériés (qu'il fixe à 1 fr. 40 à ajouter au tarif horaire de 32 fr. 50), et être calculé sur 47 semaines, soit 52 semaines moins 5 semaines de vacances. Selon lui, ceci aboutirait à un revenu sans invalidité de 77'947 francs.

Il ressort en effet notamment de son contrat de travail et de ses fiches de salaire pour 2016 qu'une indemnité pour les vacances de 10.64 % lui est octroyée. De même, selon lesdites fiches de salaire, une indemnité pour les jours fériés lui a été versée les mois comprenant de tels jours.

Le raisonnement du recourant peut être suivi s'agissant de l'indemnité pour les vacances. Le calcul serait ainsi le suivant : (32 fr. 50 + 8.33 % + 10.64 %) x 41 heures x 47 semaines = 74'507 fr. 94 (cf. TF 8C_47/2014 consid. 4.3). Toutefois, il n'en va pas de même concernant l'indemnité pour les jours fériés. En effet, le revenu étant calculé sur

47 semaines, sans déduire les jours correspondants aux jours fériés, il tient déjà compte de ces derniers. Ainsi, ajouter au tarif horaire une indemnité pour les jours fériés, tout en effectuant un calcul sur 47 semaines, reviendrait à comptabiliser deux fois cet élément. Il faudrait ainsi déduire le nombre de jours fériés annuels de ces 47 semaines.

Le calcul annualisé de la CNA étant toutefois plus favorable au recourant, il y a lieu de s'y tenir et de considérer que le revenu sans invalidité s'élève à 75'061 francs.

Ainsi, les revenus sans et avec invalidité se montent respectivement à 75'061 fr. et 62'721 francs (cf. consid. 5b supra). Comme retenu par l'intimée, la comparaison entre ces deux revenus aboutit à une perte de gain de 16.43 %, arrondie à juste titre à 16 %. Le taux d'invalidité fixé par la CNA ne prête donc pas flanc à la critique.

7. Le recourant conteste également le gain assuré de 85'505 fr. fixé par l'intimée.

a) Aux termes de l'art. 15 al. 2 in fine LAA, est réputé gain assuré pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident (art. 15 al. 2 LAA). Sous réserve de certaines dérogations, notamment s'agissant des allocations familiales, est réputé gain assuré le salaire déterminant au sens de la législation sur l'assurance-vieillesse et survivants (art. 22 al. 2 OLAA).

Selon l'art. 5 al. 2 LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10), le salaire déterminant comprend toute rémunération pour un travail dépendant, fourni pour un temps déterminé ou indéterminé ; il englobe notamment les indemnités de vacances ou pour jours fériés.

b) En l'espèce, l'intimée s'est fondée sur les fiches de salaire de juin à novembre 2014 du recourant. Elle a pris en compte les montants des salaires horaires mensuels (30 fr. 50 x le nombre d'heures travaillées),

y a ajouté les allocations familiales, l'indemnité pour le 13^{ème} salaire et a annualisé cette somme, pour un total de 77'282 francs. Au stade de la décision sur opposition, elle a fait suite à l'opposition formulée par l'assuré en ajoutant une indemnité pour vacances de 10.64 % au gain annuel assuré, portant ce dernier à 85'505 francs.

Dans son recours, l'intéressé soutient que ce montant doit encore prendre en compte les indemnités pour jours fériés, qui s'élèvent selon lui à 1'494 fr. 50.

Il ressort des pièces au dossier, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'une telle indemnité était effectivement versée au recourant en 2014, tout comme en 2016. En effet, elle figure sur ses fiches de salaires de juin (8.25 heures à 30 fr. 50), d'août (8 heures à 32 fr.) et d'octobre 2014 (8.25 heures à 32 fr.), correspondant à Pentecôte, au 1^{er} août et au Jeûne Fédéral. Au demeurant, le contrat de travail du recourant renvoie expressément à la Convention collective de travail romande du second œuvre, qui prévoit à l'art. 21 que tous les travailleurs ont droit à l'indemnisation de 9 jours fériés conventionnels ou légaux au maximum par année, à raison du salaire effectivement perdu. Cette indemnité doit donc être prise en compte au titre du gain annuel assuré.

Le calcul du recourant ne peut toutefois pas être suivi, dès lors qu'il se fonde notamment sur un tarif horaire de 30 fr. 50 alors que celui-ci a été augmenté à 32 fr. dès le 1^{er} juillet 2014 (cf. lettre du 30 juin 2014 de l'employeur).

Au vu de ce qui précède, il convient de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle fixe le gain annuel assuré en tenant compte de l'indemnité pour jours fériés, l'intimée étant la mieux à même de le faire. Il lui appartiendra ensuite de déterminer, sur la base du gain assuré ainsi retenu, le montant de la rente allouée au recourant.

8. Le recourant reproche en dernier lieu à l'intimée une estimation incorrecte de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il prétend

avoir droit à une indemnité de 10 %, et non seulement de 5 %, telle qu'accordée par la CNA.

a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite de l'accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Selon l'art. 36 al. 1 OLAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. A teneur de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de 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.

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, du 18 août 1976, in : FF 1976 III p. 171). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence, etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 311 p. 998). Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références citées).

Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel (anatomique ou fonctionnel), mental ou psychique. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C_703/2008 précité consid. 5.2 avec les références citées).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb et 113 V 218 consid. 2a) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pourcent. L'indemnité allouée pour ces lésions s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas de valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à faire assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 de l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_195/2013 du 15 octobre 2013 consid. 6.1 et les références citées).

b) En l'espèce, pour déterminer le taux de l'atteinte à l'intégrité, l'intimée s'est fondée sur l'avis du 19 octobre 2015 du Dr Q._____. Celui-ci a indiqué que l'accident et les séquelles de l'accident au niveau de l'épaule droite ne justifiaient pas d'IPAI. Quant au genou droit, il a retenu que l'assuré présentait un genou tout à fait comparable à un genou souffrant d'une arthrose fémoro-tibiale moyenne. Se référant à la table 5 du document Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, il a fixé le droit à l'IPAI à 10 %. Toutefois, il a ajouté que l'accident était survenu sur un genou présentant déjà une arthrose fémoro-tibiale, de

sorte que l'état antérieur justifiait une réduction de l'IPAI de moitié, la portant à 5 %.

Le recourant ne conteste pas le taux de 10 %, mais uniquement la diminution par moitié de ce dernier.

Tout d'abord, contrairement à ce que soutient l'intéressé, l'intimée a indiqué les raisons pour lesquelles elle avait procédé à une telle réduction. En effet, dans la décision sur opposition litigieuse, elle a relevé que selon l'assuré, la réduction par moitié en raison de l'état antérieur n'était pas justifiée. Elle a répondu à cet argument en exposant que sur une question essentiellement médicale et en l'absence d'élément contraire au dossier, il y avait lieu de se fonder sur l'avis du Dr Q._____, lequel avait tenu compte du fait qu'avant l'accident du 30 novembre 2014, l'assuré présentait un état antérieur important.

Par ailleurs, le Tribunal fédéral a précisé que l'IPAI pouvait être réduite en raison d'un état préexistant, même si cet état n'avait aucune incidence sur la capacité de gain de la personne assurée avant l'accident ; en vertu de l'art. 47 OLAA, l'ampleur de la réduction des indemnités pour atteinte à l'intégrité, qui est opérée en raison de causes étrangères à l'accident, est déterminée en fonction du rôle de celles-ci dans l'atteinte à la santé ; la situation personnelle et économique de l'ayant droit peut également être prise en considération (TF 8C_192/2015 du 1^{er} mars 2016 consid. 5.2, TFA U 376/07 du 29 juin 2007 consid. 2). En l'occurrence, le Dr Q._____ a signalé que l'arthrose fémoro-tibiale était un état maladif préexistant à l'accident. En l'absence d'autre avis médical contraire, il n'y a aucun motif de s'écarter de cette constatation. Par ailleurs, la réduction de 50 % du taux de l'atteinte à l'intégrité qui a été opérée en raison de cette cause étrangère à l'accident est correcte, également au regard de la situation personnelle et économique de l'intéressé. Au vu de la jurisprudence précitée, le fait que le recourant avait toujours été capable de travailler avant l'accident de novembre 2014, malgré son arthrose, ne change rien à ce constat. C'est ainsi à juste titre que l'intimée a fixé le taux de l'IPAI à 5 %.

c) Le recourant soutient encore qu'il est probable que son état de santé subisse une aggravation, ce qui ne semblait pas avoir été pris en compte par l'intimée.

Aux termes de l'art. 36 al. 4 OLAA, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité ; une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible. Cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (TF 8C_494/2014 du 11 décembre 2014 consid. 6.2 et la référence citée).

En l'occurrence, il ne ressort d'aucune pièce médicale au dossier qu'une aggravation de l'état du genou droit du recourant est prévisible. En tout état de cause, l'aggravation qui pourrait éventuellement se produire n'est pas quantifiable, de sorte qu'elle ne peut pas être prise en considération (TFA U 173/00 du 22 septembre 2000 consid. 2). Ainsi, sur ce point-là également, le taux retenu par la CNA n'est pas critiquable. Il sied de relever que ceci n'exclut pas l'octroi d'une indemnité complémentaire à celle allouée, si, à l'avenir, l'atteinte à l'intégrité venait à s'aggraver de façon importante et durable.

d) Il ressort de ce qui précède que c'est à juste titre que l'intimée a fixé le taux de l'IPAI à 5 %. Selon l'art. 25 al. 1 LAA, l'IPAI ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident. En l'occurrence, le gain annuel assuré en 2014 était de 126'000 fr. (art. 22 al. 1 OLAA dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2014). Le montant de l'indemnité fixé à 6'300 fr. (126'000 fr. x 5 %) par l'intimée ne prête ainsi pas le flanc à la critique.

9. a) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres

mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c, 120 Ib 224 consid. 2b).

b) En l'occurrence, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer, de sorte qu'il n'y a pas lieu de procéder à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, ni à l'audition du recourant, tels que requis par ce dernier. Il convient au demeurant de préciser qu'il a eu la possibilité d'exposer ses arguments par écrit à plusieurs reprises dans la présente procédure (cf. recours du 14 septembre 2016 et réplique du 20 mars 2017).

10. En définitive, le recours doit être très partiellement admis et la décision attaquée annulée en tant qu'elle porte sur la fixation du gain assuré à 85'505 francs. La cause doit être renvoyée à l'intimée pour qu'elle calcule le gain assuré du recourant en tenant compte de l'indemnité pour jours fériés, puis détermine sur cette base le montant de la rente mensuelle allouée. La décision litigieuse doit être confirmée pour le surplus, en particulier s'agissant du taux d'invalidité de 16 %, ainsi que du taux et du montant de l'IPAI.

Le recourant, qui obtient très partiellement gain de cause avec le concours d'un avocat, a droit à des dépens réduits qu'il convient de fixer à 500 fr., portés à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA, 55 al. 1 LPA-VD).

La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice.

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

- I. Le recours est très partiellement admis.
- II. La décision sur opposition rendue le 21 juillet 2016 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée en tant qu'elle porte sur la fixation du gain assuré à 85'505 fr., la cause lui étant renvoyée pour qu'elle calcule le gain assuré en tenant compte de l'indemnité pour jours fériés, puis sur cette base, détermine le montant de la rente mensuelle allouée. Elle est confirmée pour le surplus.
- III. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à K. _____ la somme de 500 fr. (cinq cents francs) à titre de dépens.
- IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Boschetti (pour K. _____)
- Me Didier Elsig (pour la Caisse nationale 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 :