

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 août 2017

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

Cause pendante entre :

K._____, à [...], recourant, représenté par Me Corinne Monnard Séchaud,
avocate à Lausanne,

et

G._____, à Saint-Gall, intimée.

Art. 7, 8 et 53 al. 2 LPGA ; 6 al. 1 et 18 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait en qualité d'aide-boulangier pour le compte de Q._____ et était à ce titre assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la F._____ (ci-après : F._____, désormais G._____ [ci-après également : G._____ ou l'intimée]).

Selon la déclaration d'accident LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20) du 29 novembre 1985, lors d'un match de football, le 1^{er} septembre 1985, un autre joueur a tapé dans la jambe de l'assuré, qui a été atteint au niveau du genou droit.

F._____ a pris le cas en charge.

Le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a pratiqué le 31 octobre 1985 une intervention réparatrice pour séquelles d'une distorsion grave et récente du genou droit.

Le 2 juin 1986, le Dr T._____ a constaté que le patient travaillait en plein, l'activité ayant pu être reprise à 50% le 10 février, puis à 100% le 17 février 1986. La réhabilitation fonctionnelle du genou opéré était acquise, mais il persistait un dégât chondral articulaire superficiel ainsi qu'une laxité résiduelle avec irritation liée aux efforts qu'impliquait l'activité de l'assuré.

Le 30 septembre 1986, le Dr T._____ a fait état d'une enflure douloureuse récidivante après lésion traumatique ménisco-ligamentaire majeure du genou droit, sans interruption de travail pour l'instant.

Le 3 décembre 1986, le Dr T._____ a constaté que la chondrose post-traumatique du genou droit était gênante chez un travailleur manuel.

Le 15 juin 1987, la Dresse P._____, spécialiste en médecine générale, a diagnostiqué des gonalgies aiguës au genou droit, ainsi qu'un status après plastie des ligaments croisés et ménisectomie interne.

Le 18 novembre 1987, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a fait état d'un début d'arthrose sur insuffisance du LCA (ligament croisé antérieur) du genou droit, sans incapacité de travail, le traitement consistant en « ménagement, musculation ».

Le 2 mars 1988, le Dr T._____ a posé le diagnostic de chondrose post-traumatique du genou droit avec synovite réactive récidivante et liée à l'effort. Il a indiqué que le patient l'avait consulté à trois reprises depuis le 18 décembre 1987 pour une tuméfaction du genou droit après effort. Le Dr T._____ avait dès lors conseillé à l'assuré un ménagement physique relatif pour ce qui regardait l'activité sportive notamment. Il n'y avait toutefois pas d'interruption de travail.

A la requête de F._____, le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a examiné l'assuré le 29 mars 1988. Dans son rapport du 6 avril 1988, ce médecin a diagnostiqué une chondropathie post-traumatique sévère due à un traumatisme du genou ayant comporté une instabilité ligamentaire supportée plusieurs mois, actuellement réparée de façon satisfaisante. De l'avis du Dr W._____, une incapacité de travail de 40% était actuellement justifiée.

Le Dr W._____ a ré-examiné l'assuré le 23 janvier 1989. Dans son rapport du 26 janvier 1989, ce médecin a estimé que le patient était apte à faire normalement son travail de boulanger.

Le 28 décembre 1989, l'employeur a adressé une nouvelle déclaration d'accident à F._____, en expliquant que le 22 décembre 1989, l'assuré était tombé et s'était cogné le genou droit déjà opéré en 1985. Le Dr T._____ avait procédé le jour même à une arthroscopie dudit genou, avec révision, excision élective du ménisque interne et

abrasion chondrale polytope, compte tenu d'une déchirure en anse de seau du ménisque interne droit.

Le 11 février 1991, l'assuré a subi une nouvelle intervention au niveau du genou droit (ménisectomie externe du genou droit pour déchirure complète de la corne postérieure du ménisque externe).

Le 6 novembre 1991, le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a pratiqué une nouvelle arthroscopie en raison des douleurs persistantes, qui a confirmé l'existence d'ulcérations.

Dans son rapport à F._____, du 29 juin 1992, le Dr T._____ a indiqué avoir été consulté par l'assuré les 11 et 18 juin 1992 en raison d'une enflure récidivante douloureuse du genou droit, siège d'une laxité résiduelle et d'une arthrose post-traumatique débutante. Il avait réalisé le 11 juin 1992 une ponction du genou avec injection intra-articulaire de corticoïde. Il avait par ailleurs conseillé à l'assuré un ménagement physique relatif, estimant que comme boulanger, il n'était pas exclu qu'il présente un début d'invalidité. Pour l'instant toutefois, l'intéressé travaillait en plein.

Le Dr T._____ a opéré l'assuré une nouvelle fois le 30 septembre 1992.

Le 18 décembre 1992, l'employeur a annoncé une rechute de l'événement du 22 décembre 1989.

Le 3 février 1993, le Dr T._____ a posé les diagnostics d'arthrose post-traumatique du genou droit et de status après grave distorsion et chirurgie itérative. Il avait recommandé à l'assuré de s'annoncer à l'assurance-invalidité pour un reclassement professionnel lui ménageant une épargne physique.

L'assuré s'est annoncé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) le 8 février 1993.

Le 15 février 1993, le Dr T._____ s'est adressé à F._____ pour lui faire savoir que l'assuré comptait abandonner son activité de boulanger, son patron exigeant un travail à 100% qu'il estimait ne pas pouvoir réaliser. Selon le Dr T._____, il convenait de mettre en œuvre dans les meilleurs délais une expertise par un chirurgien orthopédiste, en vue de préciser les taux d'invalidité. Du point de vue thérapeutique, l'essentiel du traitement était terminé, la synovite relevant d'une médication sporadique aux AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens), d'une application de glace à domicile, ainsi que d'un ménagement physique relatif (travail à 70% comme boulanger).

F._____ a alors mandaté le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui a examiné l'assuré le 7 avril 1993. Ce médecin a posé dans son rapport du 11 mai 1993 le diagnostic d'arthrose post-traumatique du genou droit avec instabilité ligamentaire. Dans l'activité habituelle de boulanger, une réduction de la capacité de travail de 25 à 30% paraissait adéquate. Sur le plan théorique, une capacité de travail supérieure pouvait être imaginée dans une activité plus sédentaire.

Le 14 décembre 1993, l'Office régional de réadaptation professionnelle a indiqué au secrétariat de l'assurance-invalidité que l'assuré lui avait fait part de son souhait que ledit office n'intervienne pas pour l'instant, dans la mesure où il pouvait actuellement travailler à 100%.

Le 7 septembre 1994, le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait savoir au Dr J._____, médecin traitant, que l'état du genou droit du patient était susceptible d'une détérioration progressive, estimant qu'un recyclage professionnel avec une activité physique variable pouvant être effectuée en position assise sans obligation de porter ou soulever de lourdes charges devrait être envisagé dans le but de maintenir à long terme la capacité de travail de l'assuré.

Le 4 mai 1995, l'assuré a subi une nouvelle arthroscopie de contrôle.

L'assuré a bénéficié de plusieurs mesures de reclassement de l'assurance-invalidité à compter de 1995. Il a ainsi effectué un stage du 6 juin au 6 octobre 1995 auprès du Centre [...] ([...]). Selon le rapport du Centre [...] du 4 octobre 1995, il devait éviter les travaux lourds ainsi que le port fréquent de charges importantes. La position assise était maintenue sans difficulté. Le manque de maîtrise et d'habileté pour les gestes fins ainsi que l'absence de rigueur au niveau de la précision ne lui permettaient pas d'entreprendre des formations dans l'horlogerie ou l'électronique, compte tenu d'un rendement dans ces cas-là de 30%. Selon les maîtres de réadaptation, il pouvait toutefois travailler à plein temps dans le circuit économique normal, son rendement observé sur des travaux simples et répétitifs et sans port de charge variant de 86 à 98%.

Le 27 novembre 1996, le patient a subi une prise de greffe cortico-spongieuse aile iliaque droite, l'AMO (ablation de matériel d'ostéosynthèse) de deux vis du fémur distal droit, une ostéotomie fémorale distale d'addition externe de 5° avec fixation par lame-plaque 95 et une patellectomie marginale externe droite.

Le 10 juin 1997, le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a relevé que l'évolution post-opératoire était marquée par la persistance d'un genou inflammatoire avec douleurs sur la face externe empêchant le patient d'avoir une activité de marche régulière et prolongée. Il était par conséquent trop tôt pour se prononcer sur une reprise du travail, même dans un atelier de petites mécaniques ou de cordonnier en position debout de longue durée avec port de charges. Pour le Dr B._____, une activité en position assise paraissait plus judicieuse pour le patient.

Le 14 octobre 1997, le Dr X._____, chef de clinique à l'Hôpital orthopédique de la Suisse Romande, a relevé que l'assuré se

plaignait de la persistance de douleurs diffuses du genou droit de type brûlures, peu soulagées par des AINS. Selon ce médecin, une réhabilitation professionnelle dans une activité sédentaire, si possible en position assise, tel qu'ouvrier dans un atelier de petites mécaniques ou de cordonnerie, semblait tout à fait possible. Comme magasinier, nécessitant souvent de multiples déplacements ou une position debout prolongée, les chances d'une réhabilitation professionnelle restaient incertaines.

Dans son rapport du 15 octobre 1997, l'inspecteur de sinistres de F. _____ a estimé qu'il était « évident » que l'assuré pourrait exercer un travail dans une position assise, indiquant partager l'appréciation du Dr L. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, selon laquelle « l'on [allait] se trouver dans quelque temps face à un invalide à vie ».

Le Dr L. _____ a examiné l'assuré le 5 novembre 1997 à la requête de F. _____. Dans son rapport du 6 novembre 1997, il a posé les diagnostics de gonarthrose droite post-traumatique, d'état après diverses tentatives de plastie ligamentaire et d'amélioration arthroscopique et d'état après ostéotomie de varisation du fémur distal. Le Dr L. _____ a estimé que la situation de l'assuré correspondait en tous points à la description faite dans les certificats médicaux, estimant qu'il ne faisait aucun doute qu'un gros genou douloureux porteur d'un épanchement, multi-opéré, n'était pas compatible avec un travail comme celui de boulanger, qui était fait essentiellement debout avec de longs horaires et des efforts prolongés. Dans l'activité habituelle, l'incapacité de travail était totale. En outre, l'arthropathie inflammatoire actuelle du genou droit était incompatible avec la position debout prolongée, la marche d'une certaine durée, le port de charges, et les mouvements de flexion-extension en force étaient également impossibles. Pour le Dr L. _____, il était possible d'envisager une capacité de travail dans une profession non qualifiée sédentaire, essentiellement en position assise avec possibilité de se déplacer. Ce médecin ne se prononçait toutefois pas sur la capacité de travail dans une telle activité. Quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI), elle était de 25%, et correspondait au cas d'une prothèse totale du genou droit. Le Dr L. _____ suggérait enfin qu'il conviendrait

d'avoir des renseignements plus précis de l'assurance-invalidité sur ses intentions vis-à-vis du patient.

L'assuré a débuté le 2 mars 1998 un stage d'observation prévu pour une durée de six semaines auprès de l'Orif à [...]. Il avait cependant interrompu ledit stage le 9 mars 1998, après une semaine, sur la base de l'avis du Dr Z._____, médecin-conseil du centre. Il ressortait des différents contacts téléphoniques entre le Dr V._____ de l'assurance-invalidité et les Drs Z._____ et A._____, médecin traitant, que l'assuré devrait pouvoir travailler en position assise.

Un inspecteur de sinistres de F._____ a rencontré l'assuré le 9 juillet 1998. Dans son rapport du 4 août 1998, il a relevé que la situation ne s'était pas améliorée, confirmant son appréciation du 15 octobre [1997] relative à une invalidité à vie.

Le 21 juillet 1998, le Dr X._____ a estimé que dans une activité sédentaire en position assise, la capacité de travail exigible était d'au moins 75%. Il a toutefois retenu un pronostic sombre compte tenu de la surcharge psychogène.

Afin de vérifier les possibilités réelles de l'assuré de travailler en position assise, un stage de caissier a été mis en place par l'assurance-invalidité. Ce stage a débuté le 3 août 1998 mais a été interrompu après trois jours, vu les douleurs au genou de l'assuré.

Dans son rapport du 26 août 1998 à F._____, le Dr A._____ a estimé que le patient pouvait travailler dans une profession totalement sédentaire environ trois heures par jour à condition qu'il n'y ait pas de longues distances pour se rendre au travail.

Invité à se prononcer la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, le Dr V._____ de l'OAI a relevé ce qui suit le 14 septembre 1998 :

“Je partage l’avis du Dr A. _____ qui estime que cette capacité est très réduite pour une activité en position assise et nulle pour toute autre activité.

Il me semble qu’on est sur un terrain de rente entière.”

Le 25 mai 1999, le Dr A. _____ a fait savoir à F. _____ que l’évolution était défavorable.

Par décision du 30 juin 1999, l’OAI a reconnu à l’assuré le droit à une rente entière de l’assurance-invalidité fondée sur un degré d’invalidité de 100% à compter du 1^{er} mars 1996, avec la motivation suivante :

“En date du 08.02.1993, vous avez déposé une demande en vue de bénéficier de mesures professionnelles. En effet, vous avez été victime d’un accident de football le 01.09.1985 et votre état de santé s’est péjoré au fil du temps.

Vous avez exercé la profession d’aide-boulangier jusqu’au 28.02.1995, date de restructuration de l’entreprise qui vous employait. Dans le même temps, votre état de santé ne vous a plus permis d’exercer votre profession. Différents stages ont été mis sur pied mais aucun n’a donné de résultats satisfaisants. C’est pourquoi et après instruction de votre dossier, nous sommes arrivés à la conclusion que votre capacité de gain est nulle.”

A la requête de F. _____, l’OAI lui a remis le 6 septembre 1999 une copie de la motivation de sa décision, en l’informant qu’il n’y avait pas eu lieu de comparer les gains, dans la mesure où l’assuré était en incapacité de travail totale.

Par décision du 28 janvier 2000, F. _____ a reconnu à l’assuré le droit à une rente de l’assurance-accidents de 75% après comparaison des revenus avec et sans invalidité, avec effet au 1^{er} janvier 2000. Dans la motivation de sa décision, F. _____ a retenu qu’il ressortait « clairement » des conclusions du Dr L. _____ que l’assuré aurait une capacité de travail partielle dans certaines professions, estimée à 37,5% dans les activités d’employé dans un atelier de petites mécaniques, dans un atelier de cordonnerie, de polissage, et comme conditionneur.

Le 21 février 2000, le Dr A. _____ a indiqué à F. _____ que le taux d'occupation de 37,5% était trop élevé par rapport à ce que l'assuré était effectivement en mesure d'effectuer, estimant son taux d'activité autour de 25%.

Sur le questionnaire relatif à la révision de la rente qu'il a complété le 7 septembre 2001, l'assuré a indiqué à l'OAI que son état s'était péjoré, son genou enflant de plus en plus.

La fiche d'examen du dossier n° 10 de l'OAI du 4 décembre 2001 avait en particulier la teneur suivante :

“Selon le rapport médical du Dr A. _____ du 01.10.2001 :
« L'évolution est à peine favorable avec l'arrêt de l'activité lucrative. A chaque consultation, le patient se plaint de gonalgies D. Le status clinique n'a pas changé, avec en particulier présence toujours d'un épanchement synovial et limitation des mvts.... A moyenne échéance, il faudra envisager une prothèse totale du genou D. Le pronostic est mauvais. »

Au vu de ce qui précède, maintien de la rente entière, degré d'invalidité 100%, prochaine révision dans trois ans, soit au 01.12.2003.”

Par décision du 4 décembre 2001, l'OAI a informé l'assuré qu'il continuait à bénéficier de la même rente que jusqu'à ce jour.

Le 22 octobre 2002, l'assuré a subi une AMO du fémur distal droit.

Le 29 novembre 2003, le Dr A. _____ a fait état d'une évolution défavorable, avec un état actuel sans changement.

Procédant d'office à une nouvelle révision du droit à la rente, l'OAI a indiqué dans sa fiche d'examen n° 11 du dossier établie le 13 octobre 2006 que selon le Dr A. _____, l'état de santé de l'assuré s'aggravait. Il n'y avait pas de changement et l'incapacité de travail était totale dans toute activité professionnelle.

Le 13 octobre 2006, l'assuré a été informé par l'OAI du maintien de sa rente entière sans modification du droit.

Le 13 octobre 2008, le Dr A. _____ a fait savoir à F. _____ que l'évolution était défavorable, le patient présentant un énorme épanchement synovial du genou droit avec limitation marquée des mouvements.

Le Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a informé le 17 mars 2009 F. _____ que l'incapacité de travail de l'assuré était totale, une prothèse totale du genou droit lui ayant été proposée. Il y avait une aggravation progressive des douleurs du genou droit, diurnes et nocturnes, avec prise quotidienne d'anti-inflammatoires.

Dans le cadre d'une nouvelle révision d'office du droit à la rente initiée en octobre 2011 par l'OAI, l'assuré a fait état d'une situation inchangée.

Sur la fiche d'examen du dossier établie le 6 janvier 2012, l'OAI a relevé que selon les renseignements médicaux obtenus, la situation était stationnaire et le pronostic réservé, confirmant l'incapacité de travail totale dans toutes activités.

Par communication du 6 janvier 2012 de l'OAI, l'assuré a été informé du maintien sans changement du droit à la rente entière.

Le 13 juillet 2014, le Dr A. _____ a fait savoir à F. _____ que l'affection du patient au genou droit s'était aggravée, et que le pronostic était mauvais. Il a toutefois fait état d'une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée.

Une inspectrice de F. _____ a rencontré l'assuré le 28 août 2014 à son domicile. Dans son rapport du 29 août 2014, elle a notamment relevé que l'assuré avait déclaré ne pas comprendre la capacité de travail de 50% retenue par le Dr A. _____, s'estimant totalement incapable de

travailler. Selon l'inspectrice, il y avait « certainement une capacité de travail », celle-ci estimant que l'assuré pourrait travailler assis avec la jambe droite tendue, relevant pour le surplus ce qui suit : « seulement ça fait plus de 20 ans que cet assuré ne travaille pas et qu'il vit de ses rentes, comment motiver une personne qui ne fait plus rien depuis de très nombreuses années ? ».

A la requête de F._____, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a expertisé l'assuré le 9 décembre 2014. Dans son rapport du 8 janvier 2015, ce médecin a posé le diagnostic de gonarthrose tri-compartimentale droite. Il a pour le surplus fait l'appréciation suivante du cas :

“Il s'agit d'un homme de 56 ans en date de l'expertise, [...] d'origine, ayant immigré en Suisse en 1980, ayant travaillé comme aide-boulangier jusqu'en 1985, date où il va présenter une entorse grave du genou droit, avec lésion du pivot central, du ménisque externe, et probablement des lésions cartilagineuses associées. Malgré une stabilisation chirurgicale, l'évolution va se faire vers une récurrence de l'instabilité, une majoration de la dégradation du compartiment externe. Différentes interventions chirurgicales successives n'arriveront pas à éviter la gonarthrose, tricompartmentale, globale du genou droit. La dernière intervention sera une ostéotomie de normo-correction du genou droit, qui n'améliorera aucunement la symptomatologie douloureuse qui sera celle d'une gonarthrose invalidante.

En 1993, puis en 1997, deux expertises successives, confirment la gonarthrose externe du genou droit, et la causalité naturelle en relation avec l'événement de 1985.

Sur le plan de la causalité naturelle, en 1997 le Dr. L._____ avait émis la possible participation d'un état antérieur à 1985, mais au vu de l'ancienneté de l'événement, de l'absence de documents objectifs, la relation de causalité avec l'événement de 1985 semble hautement probable, sinon probable par défaut.

Sur le plan de l'évolution, on a constaté progressivement au fil des années une péjoration de l'arthrose, avec une mobilité encore satisfaisante à 125-0-0 en 1993, pour 130-10-0 en 1997, après l'ostéotomie effectuée en novembre 1996.

L'intervention n'a pas apporté le bénéfice voulu, et progressivement la flexion s'est péjorée, avec en 2009, lors de la consultation chez le Dr. N._____, chef de clinique à l'hôpital orthopédique, une mobilité de 95-10-0 à droite, pour 120-0-0 à gauche.

Une gonarthrose tricompartmentale était alors diagnostiquée par le Dr. N. _____, avec sur le bilan radiologique, les lésions que j'ai décrites radiologiquement.

En date de mon expertise soit six ans plus tard, je retrouve les mêmes amplitudes articulaires, et je retrouve également au bilan radiologique les mêmes lésions, il n'y a strictement aucune progression objective de l'arthrose qui semble stabilisée.

Je constate en date de l'expertise une relativement bonne trophicité musculaire résiduelle de la cuisse gauche, avec une excellente masse musculaire et fonction à gauche sur un genou sec et stable, présentant quelques troubles dégénératifs, mais banals. A droite, il y a encore une bonne masse musculaire globale du genou, même si l'on constate objectivement une amyotrophie mesurée à 2cm de différence, sauf à 10cm au-dessus de l'interligne en raison de la synovite. Le genou droit présente clairement une synovite chronique et un remodelé arthrosique.

La problématique concerne en fait la capacité de travail. Si l'on reprend les différents intervenants thérapeutiques, et les différents experts, tous ont clairement conclu à une capacité de travail résiduelle, en particulier dans un travail adapté, y compris récemment le Dr. A. _____, qui évaluait la capacité de travail résiduelle dans son activité d'aide-boulangier à 50%.

Vis-à-vis de l'assureur LAA, il s'agit clairement d'une mono-lésion, soit une arthrose isolée du genou droit. Cette arthrose n'empêche pas la position assise, puisque la flexion est possible à 90°. Il existe objectivement un déficit d'extension, mais celui-ci ne gêne pas pour la position assise.

Au vu de l'absence de lésions du rachis et des membres supérieurs, d'une façon générale et en particulier liées à l'accident de 1985, il n'y a aucune raison objective justifiant d'une incapacité de travail totale dans un travail adapté, c'est-à-dire assis, semi-assis, avec déplacements occasionnels sans port de charges.

Je pense que dans ce type de travail adapté, la capacité de travail se situe aux environs de 70%, les 30% correspondant à la gêne objective aux déplacements.

Dans une activité d'aide-boulangier, je pense par contre que la capacité de travail est nulle, s'agissant d'un travail où l'assuré doit se lever, porter des charges, se déplacer continuellement.

La mise en place d'une future prothèse totale du genou droit n'aura pas d'influence sur ce type d'activité, ni sur la capacité de travail, le patient restant objectivement restreint sur le plan de la fonction du genou droit au vu des antécédents de chirurgie itérative, qui sont des facteurs pronostics fonctionnels défavorables."

A la suite de la nouvelle procédure entreprise d'office de révision du droit à la rente, l'OAI a confirmé le maintien sans changement des prestations par communication du 2 avril 2015.

Par décision du 3 juin 2015, G._____ a révisé la décision du 28 janvier 2000 et reconnu à l'assuré un taux d'invalidité de 49% à partir du 1^{er} juin 2015. Elle s'est référée à l'appréciation du Dr H._____, selon laquelle l'intéressé était en mesure d'exercer une activité adaptée (en position assise et semi-assise) au taux de 70%.

L'assuré, désormais représenté par Me Monnard Séchaud, s'est opposé à cette décision le 6 juillet 2015. Pour l'essentiel, il a fait valoir que les conditions d'une révision n'étaient pas remplies dans la mesure où son état de santé ne s'était pas amélioré depuis la date de l'octroi de la rente d'invalidité, que l'expertise du Dr H._____ n'était pas probante, et qu'une augmentation de sa capacité de travail n'était quoi qu'il en soit pas exigible compte tenu du fait qu'il était alors âgé de cinquante-sept ans et percevait une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de quinze ans.

Selon la fiche d'examen du dossier de l'OAI établie le 8 janvier 2016, cet office a relevé ce qui suit :

"En date du 24.07.2015 nous avons reçu un courrier de l'assurance[-]accident[s] LAA, G._____. Dans leur courrier ils nous annoncent qu'ils ont réduit leurs prestations (nouveau taux d'invalidité 46%) suite à une expertise effectuée auprès du Dr H._____, chirurgien orthopédiste le 08.01.2015.

Selon avis SMR du 04.01.2016 il ressort que :

L'expertise est probante

- 1) L'état de santé ne s'est pas amélioré
- 2) La CT [capacité de travail] dans l'activité habituelle d'aide-boulangier non qualifié est clairement de 0%
- 3) Suite aux conclusions de l'expertise du Dr H._____, la CT dans une activité adaptée est de l'ordre de 70%."

Le rapport final REA du 29 février 2016 établi par la psychologue E._____ a la teneur suivante :

"Résumé de la situation personnelle du bénéficiaire

Assuré âgé de 57 ans, d'origine [...], divorcé et remarié, trois enfants, sans formation professionnelle, a appris le métier d'aide-boulangier sous [recte : sur] le tas, dernière activité en février 1995,

au bénéfice d'une rente d'invalidité entière dès 1996 (100%) en raison d'une atteinte somatique progressive dont les séquelles sont importantes.

Dans le cadre de la révision de rente, nous avons examiné de manière approfondie si des indices permettant de retenir [qu']un potentiel de réadaptation était présent. Après une lecture attentive de l'entier du dossier de M. K._____, ainsi qu'un entretien personnalisé avec notre assuré et son épouse le 25 février 2016 (cf. ged 25.02.2016, « MNR — rapport initial ») nous pouvons affirmer que tel n'est pas le cas.

En effet, nous constatons que notre assuré est sans activité depuis 20 ans, que l'organisation de son quotidien et sa vie familiale se sont cristallisés sur son statut d'individu handicapé. En plus, M. K._____ n'est nullement demandeur d'une mesure visant à le réinsérer progressivement, étant convaincu que son atteinte à la santé ne lui permet pas des efforts supplémentaires. A noter que l'épouse de notre assuré est également convaincue que son époux est un infirme à qui elle doit prodiguer quotidiennement des soins et beaucoup d'attention. Pour rappel, plusieurs mesures ont déjà été tentées par le passé dans différentes prestataires (CIP et Orif) ainsi qu'en économie ([...]), mais sans succès.

A la demande de l'assurance[-]accident[s] LAA, G._____, une expertise orthopédique a été effectuée en décembre 2014 dont les conclusions vont dans le sens que notre assuré a une capacité de travail dans une activité adaptée de 70%. Le SMR dans son avis du 04.01.2016 admet le taux estimé par le médecin consulté par l'G._____.

Du point de vue de la réadaptation, ce potentiel de capacité de travail reste néanmoins théorique et n'est pas exploitable dans le marché économique, notamment en raison de l'âge de l'assuré, de son inactivité longue de plusieurs années, de l'identification à un rôle de malade chronique, de son organisation de vie autour de son handicap, ainsi que de l'absence d'identité professionnelle. De surcroît, notre assuré n'est pas demandeur.

Au vu des éléments du dossier, de notre rencontre avec l'assuré et de l'échec par le passé de toutes les démarches de réadaptation, il est à notre avis, illusoire d'envisager la reprise d'une quelconque activité professionnelle.

Vu ce qui précède, nous mettons un terme à la procédure de révision et nous vous proposons de maintenir les prestations en état.

Conclusion :

Capacité de travail dans l'activité habituelle: 0%, selon : avis médical SMR du 04.01.2016

Capacité de travail dans une activité adaptée: 70% selon avis SMR précité. Capacité de travail estimée, mais impossible de mettre en valeur dans l'économie.

Revenu sans invalidité (RS) : selon ESS, sfr 63'371,77 (cf. ged « Rea — Calcul du salaire exigible »). Sans atteinte à la santé, et sans formation professionnelle, notre assuré pourrait prétendre aujourd'hui à un salaire brut annuel équivalent au salaire statistique.
Revenu avec invalidité (RI) : nul

Préjudice économique : entier.”

Par communication du 3 mars 2016, l'OAI a informé l'assuré de la poursuite du droit aux prestations sans modification (rente entière).

Par décision sur opposition du 3 octobre 2016, G._____ a partiellement admis l'opposition de l'assuré, lui reconnaissant un taux d'invalidité de 50% à compter du 1^{er} juin 2015. Elle a notamment exposé au ch. 6 de sa décision sur opposition qu'un assureur-accidents disposait de trois possibilités pour réexaminer son obligation de prester après avoir rendu une décision formellement passée en force sur laquelle aucune autorité judiciaire ne s'était déterminée sur le fond, à savoir les hypothèses visées par les art. 17 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales) et 53 al. 1 LPGA, d'une part, et par l'art. 53 al. 2 LPGA, d'autre part. Elle notait également qu'une décision de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA rendue à tort pouvait être remplacée par substitution de motifs par une reconsidération. G._____ a encore noté au ch. 7 de sa décision sur opposition qu'en l'occurrence, les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA n'étaient pas remplies « puisque les constatations médicales et les diagnostics – concrètement la gonarthrose du genou droit – ne se sont quasiment pas modifiés depuis l'octroi de la rente en janvier 2000 ». En outre, aucun fait ou moyen de preuve nouveau n'avait été découvert, ce qui excluait aussi une révision au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. Elle a par contre estimé que les conditions d'une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA étaient réunies, dans la mesure où elle observait qu'il ressortait de son dossier comme de celui de l'assurance-invalidité qu'au moment de l'examen de l'invalidité, si la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle, elle était par contre entière dans une activité adaptée, se référant pour le surplus à l'appréciation du Dr H._____.

B. Par acte du 3 novembre 2016, K._____, représenté par Me Monnard Séchaud, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, en concluant principalement au maintien d'une rente d'invalidité mensuelle

d'un taux de 75% et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée. En substance, il a fait valoir que l'intimée avait mélangé les règles sur la révision et la reconsidération, de façon incorrecte, que les conditions d'une reconsidération n'étaient pas remplies, que son état de santé s'était quoi qu'il en soit péjoré, et que dans la mesure où il était âgé de cinquante-huit ans et touchait une rente d'invalidité depuis quinze ans, la reconsidération était soumise à des règles strictes.

Dans sa réponse du 27 janvier 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Les parties ont maintenu leur position dans leurs écritures ultérieures.

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 (cf. art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales

(cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

2. **a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) Est litigieuse, en l'occurrence, la question de la réduction par voie de reconsidération de la rente d'invalidité du recourant de 75% à 50% avec effet au 1^{er} juin 2015.

Cela dit, on précisera ici que l'objet de la contestation de la présente procédure judiciaire est circonscrit à la décision sur opposition du 3 octobre 2016, celle-ci ayant remplacé la décision du 3 juin 2015 – laquelle n'a dès lors plus d'existence propre et autonome faute d'être entrée en force de chose décidée – et clos la procédure administrative (cf. TF 9C_1078/2009 du 12 juillet 2010 consid. 2.1 et 9C_1015/2009 du 20 mai 2010 consid. 3.1 avec les références citées ; cf. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3e édition, Zurich/Bâle/Genève 2015, n° 60 ad art. 52 LPGA, p. 693).

3. **a)** En principe, il n'y a pas lieu de revenir sur les décisions entrées en force, en particulier pour des raisons d'égalité de traitement entre assurés et de sécurité du droit, notamment pour éviter de pouvoir remettre perpétuellement en cause des décisions rendues.

Cependant, la jurisprudence distingue, sur la base du droit fédéral, quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision entrée en force. Tout d'abord, une

constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale selon l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait, déterminante pour le droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut le cas échéant être effectuée dans le cadre d'une révision de la prestation au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. En outre, si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée du droit), il y lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération selon l'art. 53 al. 2 LPGA. Enfin, si les fondements juridiques de la décision changent après le prononcé de la décision (par exemple en cas de modification de la loi ou, sous certaines conditions, de changement de jurisprudence), une réduction ou une suppression de prestations en cours ou l'octroi de nouvelles prestations peut se justifier en fonction d'une pesée des intérêts ou de dispositions transitoires particulières (cf. ATF 135 V 215 consid. 4 et 5).

b) Plus particulièrement, selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 p. 389 et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c p. 17, 115 V 308 consid. 4a/cc p. 314). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits.

Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (TF 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; TF I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1).

4. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

b) Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (cf. art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité.

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (cf. art. 8 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles ; seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain (cf. art. 7 LPGA).

c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge, s'il y a un recours – a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de

l'assuré (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

d) 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. 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; cf. TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; cf. TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2, 9C_584/2011 du 12 mars

2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2, avec la jurisprudence citée).

5. En l'occurrence, l'intimée admet - à juste titre - que les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA ne sont pas remplies. En effet, une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé - comme en l'espèce - n'appelle pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 387 consid. 1b).

L'intimée reconnaît également à bon droit que les conditions d'une révision procédurale selon l'art. 53 al. 1 LPGA ne sont non plus réalisées, l'assuré ou l'assureur n'ayant pas découvert subséquemment des faits nouveaux importants ou trouvé des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.

Reste dès lors à examiner l'éventualité d'une reconsidération.

A cet égard, l'intimée a entrepris la révision d'office du droit aux prestations à compter de l'été 2014, et a procédé à de nouvelles mesures d'instruction, pour l'essentiel en organisant une rencontre entre le recourant et une de ses inspectrices de sinistres, et en mandatant le Dr H. _____ afin qu'il l'expertise.

Il convient de relever en premier lieu que la causalité naturelle entre l'atteinte au genou droit et l'événement du 1^{er} septembre 1985 n'a jamais été mise en cause. Les nombreux médecins qui ont examiné l'assuré ont en outre admis que les atteintes successives au niveau de ce genou étaient bien imputables à l'événement accidentel initial du 1^{er} septembre 1985. Cela étant posé, il y a lieu de constater que le recourant a subi de très nombreuses opérations de son genou droit, toutefois sans bénéfice, l'atteinte s'étant péjorée au fil du temps. Ainsi c'est le 31 octobre 1985 que le Dr T. _____ a pratiqué une première intervention réparatrice. Dans un premier temps, certes, la réhabilitation fonctionnelle du genou a été acquise, avec toutefois la persistance d'un dégât chondral

et d'une laxité avec irritation liée aux efforts (cf. rapport du Dr T. _____ du 2 juin 1986). Le recourant a pu reprendre son activité habituelle d'aide-boulangier. Le Dr T. _____ a cependant constaté dès 1986 une enflure douloureuse récidivante traumatique (cf. rapport de ce médecin du 30 septembre 1986), et estimé dès 1986 que la chondrose post-traumatique du genou droit était gênante chez un travailleur manuel. Les gonalgies aiguës ne se sont pas amendées (cf. rapport du 15 juin 1987 de la Dresse P. _____), pas plus que la tuméfaction du genou (cf. rapport du 2 mars 1988 du Dr T. _____). Du reste, le Dr W. _____, qui a examiné l'assuré à la requête de l'intimée, a bien constaté le 6 avril 1988 une chondropathie post-traumatique sévère. S'il est exact que le Dr W. _____ a estimé le 26 janvier 1989 que le patient était apte à exercer normalement son activité de boulangier, cette appréciation est toutefois antérieure à la rechute annoncée le 28 décembre 1989. L'assuré a en effet été victime d'une chute le 22 décembre 1989, qui a conduit à une nouvelle opération par le Dr T. _____ le jour même. Depuis lors, le rythme des interventions au niveau du genou s'est accéléré, avec une méniscectomie externe pour déchirure complète de la corne postérieure du ménisque externe le 11 février 1991, une arthroscopie le 6 novembre 1991 en raison de douleurs persistantes avec mise en évidence d'ulcérations, une nouvelle intervention le 30 septembre 1992, une arthroscopie de contrôle le 4 mai 1995, et une ostéotomie fémorale le 27 novembre 1996.

Au fil des années, il est apparu que l'assuré ne pouvait plus exercer son activité habituelle d'aide-boulangier. Ainsi en 1992 déjà, le Dr T. _____ relevait qu'il n'était pas exclu que l'assuré présente un début d'invalidité comme boulangier (cf. rapport du 29 juin 1992). L'employeur a du reste annoncé le 18 décembre 1992 une nouvelle rechute de l'événement du 22 décembre 1989 [recte : du 1^{er} septembre 1985] et dès 1993, le Dr T. _____ a recommandé à l'assuré de s'annoncer auprès de l'assurance-invalidité pour un reclassement professionnel ménageant une épargne physique (cf. rapport du 3 février 1993), ce que l'assuré a fait le 8 février 1993. Lors de l'examen de l'assuré par le Dr M. _____ le 7 avril 1993, une capacité de travail dans l'activité habituelle était maintenue. Cependant en 1994, l'état de l'assuré s'est encore détérioré (cf. rapport

du 7 septembre 1994 du Dr S._____). Dès cette date, un recyclage en position assise, sans obligation de porter ou soulever de lourdes charges, a été évoqué. Dans le cadre des premières mesures de reclassement de l'assurance-invalidité effectuées en 1995, l'assuré pouvait encore maintenir la position assise sans difficulté (cf. rapport du [...] du 4 octobre 1995). Cette mesure a toutefois été mise en œuvre avant que l'assuré ne subisse une ostéotomie, en novembre 1996. Or les suites de cette intervention ont été marquées par la persistance d'un genou inflammatoire avec douleurs sur la face externe empêchant l'assuré d'avoir une activité de marche régulière et prolongée ; toutefois une activité en position assise paraissait pouvoir être effectuée (cf. rapport du 10 juin 1997 du Dr B._____). En octobre 1997, un inspecteur de sinistres de l'intimée a du reste estimé qu'il était « évident » que l'assuré pourrait exercer un travail en position assise. A la même époque, le Dr X._____ a lui aussi constaté que l'assuré persistait à se plaindre de douleurs diffuses du genou droit, peu soulagées par des AINS, estimant une réhabilitation professionnelle possible dans une activité sédentaire si possible en position assise (cf. rapport du 14 octobre 1997 du Dr X._____). C'est dans ce contexte que l'assuré a été, sur mandat de l'intimée, examiné le 5 novembre 1997 par le Dr L._____. Ce médecin a alors constaté que la situation de l'intéressé correspondait en tout point à la description faite dans les certificats médicaux, estimant qu'il ne faisait aucun doute qu'un gros genou douloureux porteur d'un épanchement, multi-opéré, n'était pas compatible avec un travail comme celui de boulanger. Il a ainsi retenu que dans l'activité habituelle, l'incapacité de travail était totale. Pour le surplus, il a constaté que l'arthropathie inflammatoire actuelle du genou droit était incompatible avec la position debout prolongée, la marche d'une certaine durée, le port de charges et les mouvements de flexion-extension en force. De l'avis de ce médecin, il était toutefois possible d'envisager une capacité de travail dans une profession non qualifiée sédentaire essentiellement en position assise avec possibilité de se déplacer. Le Dr L._____ n'a toutefois pas chiffré quelle serait la capacité de travail dans une telle activité (cf. rapport du 6 novembre 1997). A la suite de cette appréciation, en mars 1998, l'assuré a tenté de prendre part à un stage d'observation à l'Orif, qu'il a dû interrompre après une semaine

sur la base de l'avis du Dr Z._____. Dans ce cadre, il a été déterminé, après différents contacts téléphoniques entre le Dr V._____ de l'assurance-invalidité, et les Drs Z._____ et A._____, que l'assuré devrait pouvoir travailler en position assise. Cette appréciation rejoint celle du Dr L._____ du 6 novembre 1997, ainsi que l'appréciation des Drs B._____ et X._____.

Afin de vérifier les possibilités réelles de l'assuré de travailler en position assise, un stage de caissier a été mis en place par l'assurance-invalidité le 3 août 1998. Ledit stage a cependant dû être interrompu après trois jours vu les douleurs au genou de l'intéressé. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, les médecins ont ainsi certes estimé à compter de 1997 qu'une activité sédentaire exercée en position assise, sans port de charges, pourrait être exigible. Il est toutefois apparu à la suite du stage d'août 1998 qu'une telle activité ne pouvait pas non plus être exercée à plein temps compte tenu des douleurs au niveau du genou droit qu'elle suscitait.

A ce moment-là, le Dr A._____ a fait savoir à l'intimée que son patient ne pouvait, dans une profession totalement sédentaire, travailler qu'environ trois heures par jour, à la condition qu'il n'y ait pas de longues distances pour se rendre au travail (cf. rapport du 26 août 1998). Le 14 septembre 1998, après avoir examiné le dossier de l'assuré, le Dr V._____ de l'assurance-invalidité a expliqué partager l'avis du Dr A._____ selon lequel la capacité de travail était très réduite pour une activité en position assise, et nulle pour toute autre activité.

Il résulte de ce qui précède que la péjoration de l'état de santé du recourant au fil des ans est établie. Il découle en outre des différents rapports établis à la suite de l'événement accidentel du 1^{er} septembre 1985 que si, dans un premier temps, l'activité habituelle d'aide-boulangier a pu être maintenue, puis la capacité de travail dans cette activité estimée en mai 1993 par le Dr M._____ de 70 à 75%, aucune capacité de travail n'a plus été par la suite retenue dans cette activité. Quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, à la suite de l'ostéotomie de novembre

1996, le Dr B._____ a d'abord estimé qu'il était trop tôt pour se prononcer (le 10 juin 1997), puis le Dr L._____ a relevé qu'il demeurait une capacité de travail résiduelle (le 6 novembre 1997), laquelle n'a toutefois pas pu être concrétisée en pratique lors du stage mis en œuvre en août 1998 par l'OAI, ce qu'ont confirmé les Drs A._____ et V._____. L'OAI a alors retenu, dans sa décision du 30 juin 1999, que l'état de l'assuré s'était péjoré au fil du temps, et qu'après instruction de son dossier, il était apparu que sa capacité de gain était nulle.

A la requête de l'intimée, l'OAI lui a remis le 6 septembre 1999 une copie de la motivation de sa décision, en l'informant qu'il n'y avait pas eu lieu de comparer les gains, dans la mesure où l'assuré était en incapacité de travail totale. Fort de cette information, l'assureur LAA n'a pas entrepris d'autres mesures d'instruction. C'est ainsi en pleine connaissance de cause, et au terme d'une instruction complète menée par l'assureur-accidents et par l'OAI qui se sont régulièrement échangés les informations de la procédure conformément à leur tâche de coordination, que, le 28 janvier 2000, l'intimée a reconnu à l'assuré le droit à une rente de l'assurance-accidents de 75%, en retenant dans sa motivation qu'il ressortait « clairement » des conclusions du Dr L._____ que l'assuré avait une capacité de travail partielle, estimée à 37,5%.

Sur la base de ces éléments, on ne saurait admettre le caractère manifestement erroné de la décision du 28 janvier 2000. En particulier, les observations du Dr H._____ dans son expertise du 8 janvier 2015, au demeurant postérieure de quinze ans à la décision du 28 janvier 2000, selon lesquelles tous les différents intervenants thérapeutiques et experts auraient conclu à une capacité de travail résiduelle, ne suffisent pas à retenir le caractère manifestement erroné de cette décision. Il n'est au demeurant pas contesté qu'une capacité de travail très partielle a été retenue dans une activité adaptée, ainsi que l'ont relevé les Drs A._____ et V._____ dans leurs rapports respectifs des 26 août 1998 et 14 septembre 1998. Quant aux affirmations du Dr H._____ selon lesquelles en l'absence de lésions du rachis des membres supérieurs, la capacité de travail dans une activité adaptée se situerait à

70%, les 30% correspondant à la gêne objective aux déplacements, il s'agit d'une nouvelle appréciation d'une situation demeurée inchangée par rapport à celle qui prévalait à l'époque de l'examen initial du droit aux prestations, étant rappelé que dans le contexte d'une reconsidération d'une décision entrée en force, une appréciation médicale ultérieure divergente ne suffit pas pour faire apparaître comme manifestement erronée la décision initiale ou pour ordonner une nouvelle expertise. Pour le surplus, si l'intimée entendait écarter l'avis du médecin traitant dans la mesure où « d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient », il lui était loisible d'instruire le cas plus avant en 2000, ce qu'elle n'a pas fait. On relèvera quoi qu'il en soit que la décision en cause n'a pas été rendue sur la base de la seule appréciation du Dr A. _____, mais également sur celle du Dr L. _____ ainsi que sur celle du Dr V. _____ de l'OAI. Quant aux éléments étrangers à la notion d'invalidité dont se prévaut l'intimée, ils ne sont pas suffisants pour permettre de retenir le caractère manifestement erroné de la décision du 28 janvier 2000. En particulier, selon le rapport du [...] du 4 octobre 1995, l'assuré a respecté les règles de l'institution sans rappel et malgré son très faible niveau d'intégration linguistique, il s'adapterait dans un milieu socio-professionnel de l'avis des maîtres de réadaptation. Pour le surplus, si une surcharge psychiatrique a pu être évoquée, elle n'a jamais été considérée comme affectant la capacité de travail. L'intimée ne peut dès lors se prévaloir d'une atteinte psychiatrique non documentée, en présence d'un assuré dont le dossier de l'assurance-invalidité ne contient aucune pièce établie par un médecin psychiatre, respectivement aucune mention d'un suivi psychothérapeutique, pour tenter de fonder le caractère manifestement inexact de la décision du 28 janvier 2000, sauf à porter atteinte à la sécurité juridique, la reconsidération ne devant en aucun cas devenir un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée.

6. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision sur opposition litigieuse annulée. Il résulte de cette annulation que le

recourant a droit à la poursuite du versement des prestations d'assurance-accidents au-delà du 1^{er} juin 2015 au taux de 75%.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). Par ailleurs, le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD). Selon l'art. 11 al. 2 TFJDA (tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1), les honoraires sont fixés d'après l'importance de la cause, ses difficultés et l'ampleur du travail effectué ; ils sont compris entre 500 et 10'000 francs. En l'occurrence, il convient d'arrêter le montant des dépens à 4'000 fr. compte tenu des nombreux échanges d'écritures et de l'importance de la cause, et les mettre à la charge de l'assureur intimé, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 3 octobre 2016 par G._____ est annulée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice.
- IV.** G._____ versera à K._____ une indemnité de 4'000 fr. (quatre mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Corinne Monnard Séchaud (pour K. _____),
- G. _____,
- 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 :