

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 août 2017

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Pasche et Berberat, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

Y._____, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

**Art. 4 LPGA ; 18 al. 1, 24 al. 1 et 25 al. 1 LAA ; 36 al. 1, 3 et 4
OLAA**

E n f a i t :

A. Le 5 octobre 2012, Y._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], plâtrier-peintre de profession, a été victime d'un accident de chantier, au cours duquel il a subi au genou droit une déchirure subtotale de l'insertion fémorale du ligament latéral interne, une lésion grade II de l'insertion fémorale du ligament externe, une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne et du corps méniscal externe ; il a par ailleurs souffert d'une exacerbation de douleurs lombaires et cervicales préexistantes.

Les suites de cet accident ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Entre le 19 juin et le 12 juillet 2013, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR). Dans leur rapport du 19 août 2013, les docteurs H._____ et C._____ ont indiqué que les examens radiologiques réalisés durant le séjour montraient une uncervicarthrose C5-C6 avec ostéophytose antérieure et postérieure et pincement inter-somatique, associée à une discrète diminution du calibre du trou de conjugaison C5-C6 à droite ; les radiographies de la colonne lombaire en charge ne montraient pas de lésion osseuse ni de troubles dégénératifs significatifs ; quant aux radiographies des genoux en charge, elles montraient un discret pincement fémoro-tibial interne bilatéral avec légère sclérose du plateau tibial sous-jacent. D'après les médecins susnommés, les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas par les lésions objectives constatées pendant le séjour ; l'évaluation pluridisciplinaire retenait un patient qui avait adopté une attitude d'invalidé, totalement focalisé sur les douleurs et qui n'arrivait pas à se projeter dans l'avenir. Des facteurs contextuels (perception élevée du handicap fonctionnel [hors de proportion avec les données objectives], absence de formation professionnelle, retrait prolongé du monde du travail, épouse au bénéfice de prestations d'invalidité) jouaient un rôle

dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par l'assuré et influençaient défavorablement le retour au travail.

Sur la base des observations médicales rapportées par le docteur P._____, médecin-conseil de la CNA, à la suite de l'examen final réalisé le 7 novembre 2013, selon lesquelles l'assuré était en mesure, sur un plan assécurologique, de mettre en valeur une pleine capacité (horaire et rendement) dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (positions de travail alternées assis/debout, pas de travail à genoux, accroupi ni au sol, pas d'utilisation d'échelle ni d'échafaudages, pas d'utilisation répétée d'escaliers, pas de déplacement en terrain accidenté et port de charges limitées à 15-20 kilos), la CNA a, par courrier du 27 juin 2014, informé l'assuré que la situation médicale était désormais stabilisée et qu'il était mis un terme à la prise en charge des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 juillet 2014.

Au cours de l'année 2015, l'assuré a présenté une volumineuse hernie disco-ostéophytaire C5-C6 foraminale droite entrant en conflit avec la racine C6 droite, ainsi qu'une discopathie C5-C6 (rapport d'IRM du 4 février 2015 du docteur K._____), et a fait l'objet d'une intervention chirurgicale en date du 17 septembre 2015.

Par décision du 4 mars 2016, annulant et remplaçant une précédente décision datée du 4 mai 2015, la CNA a, d'une part, dénié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité et, d'autre part, alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 % (genou droit). L'assuré a formé opposition contre cette décision.

Dans le cadre d'une procédure parallèle opposant l'assuré à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), l'intéressé a fait l'objet d'une expertise bidisciplinaire (neurologique et orthopédique) dont la mise en œuvre a été confiée aux docteurs F._____ et S._____. Dans leur rapport du 22 juillet 2016, ces médecins ont posé les diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail - de status après entorse des deux genoux, de lésion de la corne postérieure du

ménisque interne et lésion dégénérative de la corne postérieure du ménisque externe du genou droit, de lésion de la corne postérieure du ménisque interne et lésion dégénérative de la corne postérieure du ménisque externe du genou gauche, de status post-opératoire cervical avec arthrose multi-étagée C2 à C7, et ceux - sans répercussion sur la capacité de travail - de coxarthrose débutante bilatérale, de gonarthrose débutante des deux côtés et de performances cognitives insuffisantes sur effort sub-maximal et autolimitation. A leurs avis, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles ; il était précisé que la situation pourrait être améliorée par un traitement de l'obésité morbide ainsi que par le traitement arthroscopique des lésions méniscales.

Dans un rapport du 24 octobre 2016 établi à la suite d'un examen effectué le même jour, le docteur B._____, médecin-conseil de la CNA, a confirmé l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, tout en émettant des réserves quant aux bénéfices d'une arthroscopie ; il a par ailleurs précisé que l'état du genou gauche justifiait également l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Par décision sur opposition du 26 octobre 2016, la CNA a réformé sa décision, en ce sens qu'elle a alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 % (genoux droit et gauche).

B. **a)** Par acte du 28 novembre 2016, Y._____, représenté par Me Olivier Carré, a déféré la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité à dire de justice et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %. En substance, il estimait que la situation médicale n'était pas stabilisée et que les investigations sur le plan médical étaient lacunaires, dans la mesure où la CNA n'avait pas tenu compte de l'ensemble des atteintes à la santé dont il souffrait (genou gauche ; épaules). Il requérait la mise en œuvre d'une expertise destinée

à élucider les aspects médicaux qui étaient post-traumatiques et ceux qui ne l'étaient pas.

b) Dans sa réponse du 31 janvier 2017, la CNA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée.

c) Au terme d'un second échange d'écritures des 24 avril et 17 mai 2017, les parties ont maintenu leur position respective.

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 (art. 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 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 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi 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 a été déposé en temps utile et respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) Le litige a pour objet le point de savoir si le recourant peut prétendre à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et à une

indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) plus importante que celle allouée par l'intimée.

b) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]) ne sont pas applicables au cas d'espèce (cf. aussi 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 en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet 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: il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être

tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références; TF 8C_714/2013 du 23 juillet 2014 consid. 3.1 et 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1). Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C_895/2011 du 7 janvier 2013 consid. 5.1, 8C_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2 et les références). En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré. En l'absence de preuves, la décision est défavorable à la partie qui entend déduire un droit d'une circonstance dont l'existence n'est pas établie (ATF 126 V 319 consid. 5a).

La jurisprudence a souligné à cet égard que lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer ses prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident (*statu quo sine*) par suite d'un développement ordinaire (TF 8C_551/2012 du 26 juin 2013 consid. 2, 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2, 8C_805/2007 du 20 août 2008 consid. 2 et les références citées); le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "*post hoc, ergo propter hoc*"; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; TF 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2 et 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.2). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a; cf. TF 9C_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 4.1, 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 5.2 et 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

4. 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).

5. a) En l'occurrence, le recourant présente un tableau clinique caractérisé par des atteintes multiples (notamment aux épaules, aux genoux et à la région cervicale et lombaire) à l'origine de douleurs chroniques qui entravent l'exercice de son activité habituelle de plâtrier-peintre. La CNA a estimé que celui-ci disposait d'une capacité de travail totale dans l'exercice d'une activité adaptée à l'ensemble de ses limitations fonctionnelles somatiques. Le recourant conteste ce point de vue, en reprochant à l'intimée de s'être ralliée, sur le plan médical, aux constatations et conclusions de ses médecins-conseils ainsi qu'à celles de l'expertise mandatée par l'OAI en 2016 pour lui dénier le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, respectivement réfuter un lien de causalité naturelle et adéquate entre les atteintes à la santé persistantes et l'accident dont il a été victime le 5 octobre 2012.

b) S'agissant des troubles aux genoux, il est en premier lieu incorrect de faire grief à la CNA d'avoir limité ses investigations médicales sans tenir compte du genou gauche. En effet, un lien de causalité entre les atteintes des deux genoux et l'accident n'est pas contesté par l'intimée, cette dernière ayant admis pour chaque genou le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 % (cf. l'estimation de l'atteinte à l'intégrité

du 7 novembre 2013 du docteur P._____ [genou droit] et du 24 octobre 2016 du docteur B._____ [genou gauche]). Lors de son examen final du 7 novembre 2013, le docteur P._____ a estimé que pour le genou droit, la situation pouvait être considérée comme étant suffisamment stabilisée et que les suites de l'accident nécessitaient un suivi médical espacé à long terme et la prescription ponctuelle de mesures d'antalgie et anti-inflammatoires, sans qu'un traitement chirurgical ou de physiothérapie ne puisse apporter une amélioration notable de l'état de ce genoux. L'assuré devait en revanche être encouragé à solliciter le plus activement possible la fonction de son genou au quotidien et la CNA participer à l'acquisition éventuelle d'un abonnement de fitness pour la durée de trois mois. Si de l'avis du médecin-conseil de la CNA, un retour vers une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle n'était pas envisageable, compte tenu de l'état du genou droit, l'assuré pouvait par contre mettre en valeur une pleine capacité de travail (horaire et rendement) dans une activité adaptée, avec les limitations suivantes : positions de travail alternées assis/debout, pas de travail à genoux, accroupi ni au sol, pas d'utilisation d'échelle ni d'échafaudages, pas d'utilisation répétée d'escaliers, pas de déplacement en terrain accidenté et port de charges limitées à 15-20 kilos (rapport d'examen final, p. 10 et 11). Cette appréciation est corroborée par les docteurs H._____ et C._____ de la CRR qui, après avoir posé le diagnostic d'entorse bénigne du genou droit (déchirure partielle de l'insertion fémorale du ligament latéral interne, déchirure de la corne postérieure du ménisque interne sur IRM du 15 octobre 2012), ont retenu une pleine capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée respectant les mêmes limitations fonctionnelles (rapport du 19 août 2013, p. 1, 4 et 5). Au terme de l'expertise bidisciplinaire mandatée par l'OAI, les docteurs F._____ et S._____ ont posé les diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail - de status après entorse des deux genoux, de lésion de la corne postérieure du ménisque interne et lésion dégénérative de la corne postérieure du ménisque externe du genou droit, de lésion de la corne postérieure du ménisque interne et lésion dégénérative de la corne postérieure du ménisque externe du genou gauche. Les experts ont estimé que si l'activité de plâtrier-peintre n'était plus exigible, la capacité de travail de l'assuré était totale dans une

activité sédentaire par exemple assis à un bureau, avec possibilité occasionnelle de se dégourdir. Les docteurs F._____ et S._____ ont également précisé que les lésions méniscales pouvaient être traitées par arthroscopie et aboutir à une diminution, voire une suppression des douleurs (rapport d'expertise, p. 14 à 17). Tout en confirmant une pleine capacité de travail dans une activité (sédentaire ou semi-sédentaire) adaptée aux limitations fonctionnelles, le docteur B._____ a néanmoins émis des réserves sur le geste chirurgical proposé par le docteur S._____, estimant qu'une méniscectomie par arthroscopie n'avait pas beaucoup de chance de soulager les multiples plaintes de l'assuré avec, à l'inverse, le risque de dégrader l'état dégénératif des genoux (rapport du 24 octobre 2016, p. 8). Sur la base des rapports médicaux versés au dossier, force est de constater que, indépendamment de savoir si le recourant devrait se soumettre ou non à une arthroscopie, les lésions aux genoux ne justifient aucune incapacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

c) S'agissant des troubles aux épaules, force est de constater qu'à aucun moment, il n'a été fait mention d'une origine traumatique. En effet, les radiographies de l'épaule droite effectuées le 1^{er} décembre 2014 par le docteur K._____ ont mis en évidence une suspicion d'une lésion dégénérative de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (sous-scapulaire, sus-épineux) dans le cadre d'un conflit sous-acromial suspect. De plus, les douleurs dont se plaint le recourant ont été alléguées bien après l'accident d'octobre 2012. Il n'était ainsi pas fait mention de douleurs scapulaires au cours du séjour en juin - juillet 2013 à la CRR. Il n'y avait pas non plus de plaintes concernant les épaules au cours de l'examen final effectué le 7 novembre 2013 par le docteur P._____.

d) Concernant les troubles au niveau de la région lombaire et cervicale, il ressort des pièces au dossier que le recourant présentait de longue date des rachialgies cervico-lombaires dégénératives. Selon le rapport des docteurs F._____ et S._____, un premier examen IRM du 11 mars 2002 révélait une hernie discale chez un patient présentant des cervico-brachialgies droites. Une nouvelle IRM réalisée le 21 mars 2007

faisait état d'une protrusion discale postéro-médiane et paramédiane droite en C4-C5 susceptible d'irriter la racine C5 droite, une hernie discale postéro-médiane et paramédiane et latérale C5-C6 associée à des remaniements cervicarthrosiques, uncarthrose prédominant en C4 à C6; l'exacerbation de ce syndrome cervical dans un contexte de déconditionnement musculaire global avait d'ailleurs justifié une incapacité de travail de 50 à 100 % dans l'activité de plâtrier-peintre. Une IRM lombaire du 27 novembre 2012 avait notamment mis en évidence une discopathie aux quatre derniers étages lombaires avec rupture annulaire postérieure en L2-L3 et L3-L4, sans hernie visible hormis une hernie médiane sans conflit radiculaire au niveau L5-S1 et une arthrose aux deux derniers étages lombaires. Lors du séjour à la CRR, les examens radiologiques pratiqués montraient une unco-cervicarthrose C5-C6, avec ostéophytose antérieure et postérieure et pincement inter-somatique, associée à une discrète diminution du calibre du trou de conjugaison C5-C6 à droite. Les radiographies de la colonne lombaire en charge ne mettaient pas en évidence de lésion osseuse ni de troubles dégénératifs significatifs. En l'absence de lésion structurelle démontrée à l'imagerie concernant le rachis cervical et lombaire, le docteur P._____ a estimé que les douleurs consécutives à l'accident constituaient une aggravation temporaire d'un état antérieur dégénératif, qui n'était pas susceptible de perdurer dans le temps (rapport d'examen final, p. 11). Cette appréciation a été entérinée par le docteur B._____ qui, au terme de son examen du 24 octobre 2016, a indiqué pour sa part : « *on peut conclure que l'événement du 05.10.2012 a aggravé de façon temporaire un état dégénératif préexistant. Un statu quo sine peut être établi à 1 année de l'événement* ». On observera par ailleurs que les docteurs F._____ et S._____ ont relevé l'absence totale de tout déficit neurologique (central ou périphérique), soulignant que les difficultés de mobilisation semblaient avant tout liées à l'obésité morbide de l'assuré. En tout état de cause, lesdits troubles n'entravent pas le recourant dans l'exercice d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

e) Quant à l'obésité et les difficultés de mobilisation qui en découlent, elles ne sauraient être mises en relation avec l'événement traumatique litigieux.

f) En définitive, le recourant n'a pas valablement remis en cause les constatations médicales selon lesquelles il dispose d'une capacité de travail à 100 % (sans diminution de rendement) dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (positions de travail alternées assis/debout, pas de travail à genoux, accroupi ni au sol, pas d'utilisation d'échelle ni d'échafaudages, pas d'utilisation répétée d'escaliers, pas de déplacement en terrain accidenté et port de charges limitées à 15-20 kilos).

g) La comparaison des revenus effectuée par l'intimée sur la base de descriptions de postes de travail (DPT) adaptées au handicap du recourant ne prête pas flanc à la critique et ne fait d'ailleurs l'objet d'aucun grief de la part de celui-ci. En l'absence de perte de gain, l'intimée a refusé à bon droit d'allouer au recourant une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

6. Sur le vu de ce qui précède, le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause sur les aspects médicaux. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête d'expertise formulée en ce sens par le recourant le 28 novembre 2016 doit dès lors être rejetée (appréciation anticipée des preuves ; ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 125 I 127 consid. 6c/cc).

7. Le recourant reproche également à l'intimée une estimation incorrecte de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) à laquelle il a droit. Il prétend à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %.

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 (ordonnance du 20 décembre 1982

sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. A teneur de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestations en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. Selon l'art. 36 al. 3 OLAA, en cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage. L'indemnité totale ne peut dépasser le montant maximum du gain annuel assuré. Il est tenu compte, dans le taux d'indemnisation, des indemnités déjà reçues en vertu de la loi.

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 (cf. 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 (cf. 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 (cf. FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, *in* : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit 3ème éd., Bâle 2016, n. 311 p. 998). Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status

médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (cf. 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 (cf. 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 pour cent. 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; cf. TF 8C_195/2013 du 15 octobre 2013 consid. 6.1 et les références citées).

8. a) Pour le genou droit, le docteur P._____ a retenu le taux inférieur à attribuer à une arthrose fémoro-tibiale moyenne de 5 % (cf. Table 5 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA [atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses]). S'agissant du genou gauche, le docteur B._____ a considéré que l'atteinte correspondait à une gonarthrose fémoro-patellaire moyenne et justifiait selon ce médecin un taux

d'indemnisation de 5 % (cf. Table 5 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). En l'absence d'avis médical divergent produit par le recourant, l'intimée n'a nullement abusé de son pouvoir d'appréciation en retenant que ce dernier pouvait prétendre à une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux de 10 % pour les atteintes aux genoux. Il n'y a pas lieu de s'écarter de la décision attaquée sur ce point également.

b) 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 (RAMA 1998 no U 320 p. 602 consid. 3b et la référence). Dès lors, à supposer que la survenance d'une future aggravation de l'atteinte à la santé puisse être considérée comme une circonstance établie, cette aggravation n'en est pour autant pas quantifiable, si bien qu'elle ne peut être prise en considération (TFA U 173/00 du 22 septembre 2000 consid. 2).

L'estimation faite dans le cas d'espèce n'exclut donc pas une indemnité complémentaire à celle de 10 % allouée si, à l'avenir, les atteintes venaient à s'aggraver de façon importante et durable.

9. En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

a) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA).

b) N'obtenant pas gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

c) Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Olivier Carré. Sur la base de la liste des opérations du 24 juillet 2017 produite, il convient d'arrêter à 1'338 fr. l'indemnité de Me Carré, correspondant à sept heures et vingt-six minutes de travail, sur la base d'un tarif horaire de 180 fr., somme à laquelle s'ajoutent les débours par 100 fr. et la TVA au taux de 8 %, ce qui représente un montant total de 1'553 fr. 05, arrondi à 1'553 fr., pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause.

d) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser l'indemnité du conseil d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] ; art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 26 octobre 2016 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Olivier Carré, conseil du recourant, est arrêtée à 1'553 fr. (mille cinq cent cinquante-trois francs), débours et TVA compris.

VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

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

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :