

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 mai 2019

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
 MM. Neu, juge, Bonard, assesseur
Greffière : Mme Neyroud

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par le Syndicat Unia Vaud, à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 18 al. 1 et 24 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillant en qualité de maçon, a été victime d'accidents professionnels les 16 octobre 2001 et 2 mars 2009, se blessant au genou gauche. Les conséquences de ces évènements ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Une imagerie par résonance magnétique (IRM) effectuée le 19 mars 2009 a mis en évidence une déchirure, probablement totale, des ligaments croisés antérieurs et postérieurs, ainsi qu'une désinsertion proximale du muscle poplité, avec une gonarthrose tri-compartimentale et des troubles dégénératifs méniscaux.

Les examens radiographiques effectués le 14 novembre 2013 ont montré une nette péjoration de la gonarthrose, avec un important pincement du compartiment interne (rapport établi le 14 novembre 2013 par le Dr I._____, spécialiste en radiologie). L'assuré a annoncé une rechute à compter du 9 décembre 2013 (déclaration d'accident du 15 mai 2014), date à laquelle il a subi une toilette articulaire par arthroscopie du genou gauche, ainsi qu'une injection de 80 mg de Depo-Medrol® (protocole opératoire établi le 9 décembre 2013 par le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur). Dès cette date, l'intéressé a présenté une incapacité totale de travail.

Le 26 mai 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité au motif qu'il souffrait de gonarthroses invalidantes depuis 2001.

Le 24 octobre 2014, l'assuré a subi une intervention chirurgicale - prise en charge par la CNA - visant à la mise en place d'une prothèse totale du genou gauche (protocole opératoire établi le 27 octobre

2014 par le Dr N._____). Selon le Dr N._____, l'évolution de cette dernière intervention a été marquée par une persistance des douleurs, dans un premier temps au niveau du genou gauche, puis au niveau du tendon du quadriceps (rapports des 15 janvier, 31 mars, 4 juin et 15 septembre 2015). Le 21 janvier 2016, ce médecin a ajouté que le bilan radiologique montrait une rétraction du tendon rotulien, avec une patella qui devenait basse, expliquant la symptomatologie douloureuse fermée (rapports des 21 janvier et 25 février 2016, dans ce sens également : rapport établi le 3 juillet 2015 par la Dresse W._____, spécialiste en radiologie).

L'assuré a été examiné le 25 avril 2016 par la Dresse P._____, spécialiste en neurochirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA. Aux termes de son rapport, ce médecin a constaté que la situation de l'assuré s'était stabilisée et qu'aucun traitement ne lui était désormais plus proposé. Par ailleurs, elle a estimé que l'intéressé présentait une incapacité totale de travail dans son activité habituelle. En revanche, une activité en position principalement assise offrant la possibilité de changer de position, évitant le port de charges de plus de 10 kg de façon répétitive, l'utilisation d'échelles et d'échafaudages, la marche en terrain irrégulier ou accidenté, l'agenouillement et l'accroupissement, ainsi que la montée et la descente d'escalier, était possible à 100 % avec un plein rendement. La Dresse P._____ a en outre évalué l'atteinte à l'intégrité dont souffrait à l'assuré à 40 %, se basant sur la table 5 des barèmes d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité, considérant une pangonarthrose sévère suivie par une prothèse totale du genou gauche.

Par courrier du 16 juin 2016, la CNA a mis fin au versement de l'indemnité journalière avec effet au 31 août 2016. Se référant aux limitations fonctionnelles posées par la Dresse P._____, la CNA a considéré que l'assuré était en mesure d'exécuter une activité adaptée.

Par décision du 29 septembre 2016, la CNA a accordé à l'assuré une rente de 14 % à partir du 1^{er} septembre 2016, basée sur un gain assuré de 67'644 francs, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à

l'intégrité (IPAI) de 40 %. La CNA a considéré que l'assuré était en mesure d'exercer une activité principalement sédentaire, permettant toutefois de changer de position, ne comportant que des charges légères, sans utilisation d'échelles ni d'escaliers et ne nécessitant pas de devoir s'agenouiller. Se référant aux descriptifs des postes de travail (DPT), elle a calculé que l'assuré pouvait obtenir un revenu mensuel de 4'787 francs, qu'elle a comparé au revenu de 5'539 francs réalisable sans l'accident.

Le 5 octobre 2016, l'assuré a, par l'entremise du Syndicat Unia Vaud, formé opposition à l'encontre de la décision précitée.

Le 13 octobre 2016, le Dr N._____ a posé le diagnostic supplémentaire de gonalgies réactionnelles droites et a fait état d'une évolution stationnaire, avec une persistance des douleurs compte tenu de la patella baja. Doutant que l'assuré puisse reprendre un jour une activité professionnelle dans le bâtiment, ce médecin a estimé qu'il convenait d'envisager soit un reclassement professionnel, soit une rente.

Complétant la motivation de son opposition, l'assuré a, dans un courrier du 7 novembre 2016, relevé que la Dresse P._____, qui n'était pas orthopédiste, mais spécialiste en neurochirurgie, avait entièrement repris les constatations du Dr N._____ et n'avait pas établi avec certitude les raisons des douleurs de l'assuré. Une expertise orthopédique était nécessaire afin de déterminer de manière précise l'état de santé de l'assuré, ses limitations fonctionnelles, ainsi que son éventuelle capacité de travail, étant précisé qu'une telle évaluation avait été requise par le Service médical régional de l'assurance-invalidité dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée par l'assuré. L'assuré a en outre produit deux rapports médicaux, l'un établi le 10 octobre 2016 par le Prof. V._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, préconisant une expertise complémentaire, l'autre établi le 14 octobre 2016 par le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale, selon lequel l'assuré avait toujours de la peine à mobiliser son genou.

Le 13 janvier 2017, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a informé l'assuré du fait qu'il entendait lui octroyer une rente complète d'invalidité.

Par courrier du 24 février 2017, l'assuré a produit une copie du rapport d'expertise orthopédique rendu le 11 octobre 2016 dans le cadre de la procédure de l'assurance-invalidité et a noté les contradictions entre cette expertise et l'appréciation de la Dresse P. _____, notamment quant aux limitations fonctionnelles.

Il ressort ce qui suit du rapport d'expertise établi le 11 octobre 2016 par le Dr S. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur :

« 1. _____ *Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)*

*1.1. Diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail
Depuis quand sont-ils présents ?*

- Gonarthrose gauche (au moins 2013).
- Prothèse totale du genou gauche (2014).
- Gonarthrose droite débutante.
- Hallux rigidus droit.
- Arthropathie acromio-claviculaire droite avec Impingement.
- Arthropathies inter-phalangiennes proximales des deux mains, mais prédominantes à droite (goutte)
- Enraidissement sévère des inter-phalangiennes proximales à droite, post-chirurgicales (2015).

*1.2. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail
Depuis quand sont-ils présents ?*

Néant.

2. _____ *Quelles sont les limitations fonctionnelles ?*

L'état des membres inférieurs limite fortement les capacités de marche, de station debout de longue et de moyenne durée, la marche sur terrain inégal, la montée et la descente d'escaliers ou d'échelle, les positions accroupies, le port de charges dépassant un à deux kilogrammes, les stations assises de longue durée, les alternances de position assise et debout.

A ceci s'ajoutent des limitations fonctionnelles assez importantes au niveau du membre supérieur droit,

touchant aussi bien l'épaule (limitations d'abduction et de rotation externe donc du placement de la main dans l'espace) que la main droite (incapacité d'utilisation de la main de manière précise ou en force).

3. _____ *Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici*

3.1 *Comment agissent les troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?*

Monsieur A. _____ est inapte à toutes les professions du bâtiment.

3.2 *Description précise de la capacité résiduelle de travail*

Sans objet.

3.3 *L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?*

Non.

3.4 *Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure ?*

Sans objet.

3.5 *Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail ? A quel taux ?*

Depuis novembre 2013, 100 %.

3.6 *Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?*

Il n'a pas changé.

4. *D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré ?*

4.1 *Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?*

Les limitations sont très importantes.

Elles touchent aussi bien les membres inférieurs que les membres supérieurs.

On notera également que la prothèse totale de genou gauche avec rotule basse est une situation rendant difficiles les changements de position et notamment les passages de position debout à position assise.

Il faut également tenir compte du fait qu'un tel genou n'est pas compatible avec une position assise de longue durée.

On est donc très embarrassé pour décrire une activité adaptée puisqu'une activité debout n'est plus possible, une activité assise de longue durée n'est également pas possible et que les changements de position d'assis à debout et vice versa sont également limités.

A ceci s'ajoute que le membre supérieur droit, limité aussi bien en force qu'en mobilité, ceci concernant d'une part le placement de la main dans l'espace d'autre part la force, les possibilités de préhension, les activités de précision.

4.2 *Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ?*

Personnellement j'ai de la peine à imaginer une activité professionnelle compatible avec les limitations décrites ci-dessus.

4.3 *Y a-t-il une diminution du rendement ?*

Sans objet.

4.4 *Depuis quand l'exercice d'une activité adaptée est-il exigible ?*

Sans objet.

4.5 *Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?*

L'importance des limitations touchant aussi bien les membres inférieurs que supérieurs. »

Le 12 mars 2017, le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA, s'est déterminé sur l'expertise du Dr S._____. Il a estimé que les limitations fonctionnelles retenues par le médecin d'arrondissement de la CNA ne différaient pas fondamentalement de celles retenues par le Dr S._____. Alors que le la Dresse P._____ avait parlé d'une activité largement sédentaire avec des changements de position libre, le Dr S._____ avait, quant à lui, souligné la difficulté de rester assis durant une longue période. Néanmoins, ce médecin avait expressément dénié une baisse de rendement. Il ne se justifiait ainsi pas, sur le plan médical, de prévoir une baisse de rendement du simple fait que l'assuré devait changer de position.

Par décision sur opposition du 6 avril 2018, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Elle a précisé avoir pris en considération la problématique des changements de position présentée par l'assuré en sélectionnant des DPT prévoyant le libre choix des positions assise ou debout. Par ailleurs, elle a ajouté que le Dr B. _____ avait souligné que les limitations fonctionnelles retenues par la Dresse P. _____ et le Dr S. _____ ne différaient pas et qu'une diminution du rendement n'était pas justifiée sur le plan médical. Enfin, la CNA a relevé que si l'assuré jugeait insuffisant le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité retenu, il n'apportait aucune élément médical propre à remettre en cause l'appréciation de la Dresse P. _____.

B. Par acte du 4 mai 2018, A. _____ a, sous la plume de son conseil, recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité à 100 % dès le 1^{er} septembre 2016, ainsi qu'à la réévaluation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et, subsidiairement, au renvoi de la cause à la CNA. En substance, il a allégué qu'il convenait d'accorder une pleine valeur probante à l'expertise réalisée par le Dr S. _____, étant précisé que l'appréciation du Dr N. _____, qui attestait d'une péjoration de la situation, tendait à corroborer l'impossibilité à rester assis de manière prolongée.

Dans sa réponse du 7 juin 2018, la CNA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, l'expertise du Dr S. _____ ne permettant pas de jeter un doute quant aux conclusions de la Dresse P. _____, à qui l'assuré avait indiqué que la position assise n'était pas problématique.

Répliquant le 9 juillet 2018, l'assuré a objecté qu'il n'avait jamais dit que la position assise de longue durée ne lui posait pas problème. Par ailleurs, le Dr S. _____ avait précisément décrit les limitations fonctionnelles résultant uniquement de l'atteinte au genou gauche.

Dans sa duplique du 6 août 2018, la CNA a estimé que les appréciations des Drs P._____ et S._____ convergeaient, en ce sens que ces deux médecins étaient d'avis qu'un travail réalisé exclusivement en position assise n'était pas exigible, raison pour laquelle la CNA avait retenu une capacité de travail dans des activités où la position pouvait être librement choisie. Par ailleurs, si le Dr S._____ avait fait état d'une limitation dans les changements de position, il n'avait pas retenu que ceux-ci étaient impossibles et avait même pu constater, lors de son examen, que moyennant un appui des deux mains le passage de la position assise à la position debout était possible.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, respectivement les taux à la base de ces prestations.

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 LPGGA).

b) Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) 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 santé 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 LPGGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 al. 1 LPGGA, 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 LPGGA 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).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb p. 353 et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

4. a) En l'occurrence, l'intimée a considéré, sur la base du rapport de la Dresse P. _____ du 25 avril 2016, que l'état de santé du recourant s'était stabilisé, de sorte qu'elle a mis fin à la prise en charge des frais de traitement et au versement de l'indemnité journalière le 16 juin 2016, avec effet au 31 août 2016. Le recourant ne conteste pas que son état de santé ait été considéré comme stabilisé, ni que l'interruption du versement des indemnités journalières ait été justifiée. Aucune pièce du dossier ne laisse au demeurant entrevoir une possible amélioration de la capacité de travail du recourant. Au contraire, il ressort des différents rapports médicaux produits que les médecins n'ont pas de nouvelle proposition de traitement à lui faire.

b) Le recourant conteste en revanche l'appréciation de sa capacité de travail faite par l'intimée. Cette dernière s'est également basée sur le rapport du 25 avril 2016 de la Dresse P. _____, pour retenir que l'exercice d'une activité adaptée à plein temps, sans baisse de rendement, était exigible. De son côté, le recourant soutient qu'il est toujours en totale incapacité de travailler et se prévaut en particulier de l'expertise du Dr S. _____, rendue le 11 octobre 2016 sous l'égide de l'assurance-invalidité.

La Dresse P. _____, qui a examiné le recourant en date du 25 avril 2016, a retenu que l'exercice d'une activité adaptée était possible à 100 % avec un plein rendement, si cette activité s'exerçait en position principalement assise, offrait la possibilité de changer de position et prohibait le port de charge de plus de 10 kg de façon répétitive, l'utilisation d'échelles et d'échafaudages, la marche en terrain irrégulier ou accidenté, l'agenouillement et l'accroupissement, ainsi que les montées et descentes d'escalier.

Néanmoins, tel que relevé par le recourant, l'expertise du Dr S. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, jette un doute sur les conclusions de la Dresse P. _____, spécialiste en neurochirurgie. L'expert mandaté par l'OAI, a retenu que l'état des membres inférieurs limitait fortement les capacités

de marche, de station debout de longue et de moyenne durée, la marche sur terrain inégal, la montée et la descente d'escaliers ou d'échelle, les positions accroupies, le port de charges dépassant un à deux kilogrammes, les stations assises de longue durée, ainsi que les alternances de positions assise et debout. Selon lui en effet, la prothèse totale de genou gauche avec rotule basse rendait difficile les changements de position, notamment les passages de position debout à position assise. Il fallait également retenir compte du fait qu'un tel genou, n'était également pas compatible avec une position assise de longue durée. Compte tenu de l'étendue de ces limitations, le Dr S. _____ a constaté qu'il n'était pas aisé de décrire une activité adaptée, puisqu'une activité debout n'était plus possible, une activité assise de longue durée ne l'était également pas et que les changements de positions d'assis à debout et vice versa étaient limités.

On relève que - contrairement à ce que soutient le Dr B. _____ - les limitations fonctionnelles retenues par le Dr S. _____ ne se superposent pas avec celles retenues par la Dresse P. _____. En effet, le médecin d'arrondissement n'a pas relevé de difficultés particulières liées au maintien de la position assise durant une longue période. Au contraire, elle a préconisé l'exercice d'une activité en position principalement assise. Elle n'a également pas retenu de problématiques liées aux changements de position. Le Dr S. _____, spécialisé en la matière, a ainsi élargi le cercle des restrictions auxquelles faisaient face le recourant en lien exclusivement avec son genou accidenté, ce qui n'est certainement pas sans incidence sur l'exigibilité d'une activité adaptée. L'appréciation de ce médecin est particulièrement détaillée puisqu'il a même indiqué avoir observé le recourant s'aider de ces mains pour changer de position. Tel que relevé par le recourant, le fait de préciser la nécessité d'une assistance manuelle corrobore et objective les difficultés présentées pour le passage de la position assise à la position debout.

Compte tenu de ce qui précède, il convient de conférer une pleine valeur probante à l'expertise du Dr S. _____, de manière telle qu'elle remet en doute l'appréciation de la Dresse P. _____. On relève à

cet égard que l'avis du Dr B._____ ne permet pas d'aboutir à un autre résultat, ce d'autant moins que celui-ci n'a pas procédé à un examen clinique du recourant, se limitant à se déterminer sur la base des documents médicaux au dossier. Par ailleurs, l'interprétation que fait le Dr B._____ de la réponse donnée par le Dr S._____ sur la problématique de la diminution du rendement est incorrecte. En effet, si le Dr S._____ l'a déclaré « sans objet », c'est uniquement car celui-ci estime que les limitations fonctionnelles sont trop exclusives pour exiger une activité adaptée et que la question du rendement n'a dès lors pas à être examinée. C'est ainsi à tort que le Dr B._____ indique que le Dr S._____ a expressément dénié une baisse de rendement.

A cela s'ajoute que si le Dr N._____ ne s'est pas formellement déterminé sur l'exigibilité d'une activité adaptée, respectivement sur son taux et le rendement, dans le cadre du dossier de l'assurance-accidents, il a, dans son rapport du 13 octobre 2016, estimé qu'il convenait d'envisager soit un reclassement professionnel, soit une rente. L'alternative évoquée par ce médecin dénote à tout le moins de l'existence d'une incertitude quant à l'exigibilité d'une activité adaptée, *a fortiori* quant au taux auquel celle-ci pouvait être exercée et à quel rendement.

c) Considérant ce qui précède, c'est à tort que l'intimée a estimé que le recourant était en mesure d'exercer une activité adaptée à 100 % avec un plein rendement sur la base des conclusions de la Dresse P._____ et du Dr B._____, lesquelles n'emportent pas conviction. Une pleine valeur probante ne pouvant être conférée aux rapports établis par les médecins d'arrondissement, il n'est pas possible, en l'état du dossier, de se positionner quant à la capacité de travail du recourant.

On précisera dans ce contexte que l'on ne saurait se fonder, en l'état, sur les seules constatations du Dr S._____ pour constater d'emblée une incapacité de travail totale, car son examen a porté sur plusieurs problématiques - dont certaines ne sont pas en lien de causalité avec les événements assurés par l'intimée - et que l'on discerne mal les

atteintes qui ont été prises en considération par cet expert pour définir l'incapacité totale de travail du recourant. Si ses conclusions quant aux limitations fonctionnelles liées au genou sont claires, on relève en revanche que l'inexigibilité de l'activité adaptée est justifiée tantôt par « l'importance des limitations touchant aussi bien les membres inférieurs que supérieurs », tantôt par la difficulté à trouver une activité respectant les limitations fonctionnelles liées au genou gauche. On distingue ainsi mal si le Dr S. _____ réfute la possibilité d'exercer une activité adaptée eu égard au cumul des atteintes ou si la seule atteinte au genou est à l'origine de cette inexigibilité. Par ailleurs et tel que déjà mentionné, le Dr N. _____ ne s'est pas prononcé sur l'exigibilité d'une activité adaptée.

L'instruction apparaît de ce fait lacunaire et nécessite d'être complétée, le dossier ne permettant pas d'apprécier à satisfaction de droit le caractère invalidant des atteintes orthopédiques liées exclusivement aux accidents des 16 octobre 2001 et 2 mars 2009. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à la CNA - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 al. 1 LPG) -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera dès lors à l'intimée de procéder à un complément d'instruction et de mettre en œuvre une expertise orthopédique afin que l'expert se prononce sur l'atteinte que le recourant présente au genou gauche (diagnostic, étiologie, évolution) ainsi que sur sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles. Il appartiendra ensuite à la CNA, sur la base des renseignements recueillis, de procéder à un nouvel examen de l'exigibilité et de la capacité de gain, et de rendre une nouvelle décision.

5. Le recourant reproche également à l'intimée une estimation incorrecte de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à laquelle il a droit.

a) Aux termes de l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il 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.

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, du 18 août 1976, in : FF 1976 III p. 171). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références citées). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR] vol. XIV, 3ème éd., Bâle 2016, p. 998 n. 311). Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 133 V 224 consid. 5.1 ; ATF 115 V 147 consid. 1 ; ATF 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_812/2010 du 2 mai 2010 consid. 5.2).

Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel - anatomique ou fonctionnel -, mental ou psychique. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de

l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2 et les références citées).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 29 consid. 1b ; ATF 113 V 218 consid. 2a). En vue d'une évaluation encore plus affinée de certaines atteintes, la Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi des tables d'indemnisation. Ces tables n'ont pas valeur de règle de droit et ne sauraient lier le juge. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; ATF 116 V 156 consid. 3a ; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 145/96 consid. 2a).

Pour évaluer l'atteinte à l'intégrité en cas d'implantation de prothèses, respectivement d'endoprothèses, il convient de se fonder sur l'état de santé non corrigé, comme en cas de remise de moyens auxiliaires. Cette règle s'applique même si les prothèses ne sont pas mentionnées au chiffre 1, alinéa 4, de l'annexe 3 à l'OLAA. En effet, selon la jurisprudence, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité vise dans ces cas à compenser, du moins en partie, l'atteinte physique ou psychique en tant que telle, et non pas les conséquences de celle-ci sur les fonctions de la vie ou le mode de vie en général (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *op. cit.*, p. 1001 n. 321 sv. ; TF 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 7.3 et les références). Selon la table 5 concernant les atteintes résultant d'arthroses avant l'implant, l'arthrose du genou grave correspond à une atteinte de 30 % à 40 % (colonne 2).

b) En l'occurrence, dans son appréciation du 25 avril 2016, la Dresse P._____ a estimé à 40 % le dommage permanent subi par le recourant au niveau de son genou gauche, relevant que le status

correspondait, au sens de la table 5, à une pangonarthrose sévère suivie par une prothèse totale du genou gauche. Ce faisant, elle a retenu le plus haut taux prévu pour cette atteinte. Le recourant n'apporte pour le surplus aucun élément médical permettant de remettre en question le taux retenu. L'estimation faite dans le cas d'espèce n'exclut pas une indemnisation complémentaire si, à l'avenir, l'atteinte venait à s'aggraver de façon importante et durable (cf. art. 36 al. 4 OLAA ; RAMA 1998 no U 320 p. 602 consid. 3b et la référence).

6. a) En définitive, le recours doit être partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimée pour qu'elle procède à un complément d'instruction dans le sens des considérants s'agissant de la question de la rente d'invalidité, avant nouvelle décision. La conclusion relative à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est en revanche rejetée.

b) Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer à 1'000 fr. (art. 61 let. g LPGA, art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimée.

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

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

prononce :

- I. Le recours est partiellement admis en tant qu'il porte sur le droit à une rente d'invalidité.
- II. La décision sur opposition rendue le 6 avril 2018 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée s'agissant de la rente d'invalidité, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants. Dite décision est confirmée pour le surplus.
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice.
- IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à A. _____ a une indemnité de dépens fixée à 1'000 fr. (mille francs).

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Syndicat Unia, région Vaud (pour A. _____) ;
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents ;
- Office fédéral de la santé publique ;

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :