

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 février 2020

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
Mme Feusi et M. Oppikofer, assesseurs  
Greffière : Mme Guardia

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**N.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Corinne Monnard Séchaud,  
avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 et 16 LPGA ; art. 6 al. 1, 10 al. 1 et 18 al. 1 LAA ; art. 36 al. 1 et 2 OLAA**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** N. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé en qualité de machiniste auprès de l'\_\_\_\_\_ dès [...]. Il a souscrit, le [...] 1998, un second emploi à temps partiel, comme nettoyeur, chez V.\_\_\_\_\_. Il était assuré à ce titre contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

**b)** Le 30 juin 1996, l'assuré s'est fait une entorse au genou droit alors qu'il jouait au football. Cet événement n'a nécessité aucune investigation particulière et l'assuré a pu reprendre son activité habituelle après une semaine d'arrêt de travail.

**c)** Le 14 août 1998, en descendant d'une pelleteuse, l'assuré a subi une nouvelle entorse au genou droit, genou qui a en outre heurté la machine. Les diagnostics de lésions méniscales et insuffisance du ligament croisé antérieur (LCA) du genou droit ont été posés (rapports des 3 et 30 septembre 1998 du Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

                  Le cas a été pris en charge par la CNA, sous n° de sinistre 01.21834.98.7.

                  Le 23 mars 1999, l'assuré a bénéficié d'une plastie du LCA du genou droit ainsi qu'une méniscectomie partielle du ménisque interne. Il a pu reprendre son activité habituelle dès le 11 juillet 1999.

                  Le 12 janvier 2007, l'assuré a subi une ablation d'ossification au niveau du tendon rotulien et du pôle inférieur de la rotule à droite.

                  Depuis 2008, l'assuré a rapporté de multiples lâchages du genou droit.

**d)** Le 25 mars 2010, l'assuré a glissé sur une pierre, ce qui lui a causé une entorse du genou gauche.

Ce cas a été pris en charge par la CNA (n° de sinistre 01.37007.10.0).

**e)** Le 16 janvier 2012, l'assuré a déposé une déclaration de rechute auprès de la CNA. A l'origine rattachée au sinistre n° 01.37007.10.0, cette rechute a finalement été attribuée à l'événement du 14 août 1998 (n° 01.21834.98.7).

Dans un rapport du 16 mai 2012, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de récurrence de rupture LCA gauche [recte : droit], de gonarthrose secondaire et de kyste poplité.

L'assuré a subi plusieurs interventions soit, le 24 mai 2012, une révision de plastie du LCA du genou droit, une ostéotomie par ouverture interne et fixation par plaque Tomofix à droite puis, le 31 mai 2012, une arthroscopie, lavage et synovectomie partielle, révision de la cicatrice avec débridement profond et changement de la vis d'interférence tibiale.

Le 10 décembre 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

Dans un rapport du 14 décembre 2012, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que le scanner effectué le 22 novembre 2012 montrait une consolidation des deux-tiers de la surface de l'ostéotomie. Il persistait un défaut de consolidation antéro-interne. Le spécialiste constatait l'échec de la plastie du LCA et la présence d'une arthrite cristalline, ce qui compliquait les suites. La reprise du travail n'était pas envisageable.

Dans un rapport du 6 février 2013, le Dr M.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de suspicion d'infection à bas bruit du genou droit, de status post-reprise de plastie du LCA au genou droit interne et demi-tendineux et ostéotomie de valgisation du tibia droit le 24 mai 2012, de status post-reprise pour lavage arthroscopique et synovectomie partielle ainsi que débridement sous-cutané au niveau du tibia proximal droit le 31 mai 2012, de chondrocalcinose, de status post plastie LCA au tendon rotulien en 1999 [...], de status post-reprise pour ablation des ossifications du tendon rotulien en 2007 et de kyste poplité. Le médecin a indiqué qu'au vu de l'état du genou de l'assuré, une reprise de l'ancienne activité était inenvisageable, à cause de l'arthrose et de l'instabilité résiduelle. Il était préférable de prévoir un métier en position assise et debout en alternance, sans port de charges lourdes, en évitant les terrains accidentés.

Le 11 mars 2013, l'assuré a subi plusieurs interventions soit une arthroscopie diagnostique, des biopsies multiples, une ablation de la plastie du LCA avec curetage des tunnels osseux et une ablation du matériel d'ostéosynthèse du tibia.

Dans un rapport du 27 mai 2013, les Drs [...] et [...], chef de clinique adjoint et médecin assistant auprès du [...], ont relevé qu'à l'issue de l'ablation de la plastie du LCA et de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse d'une plaque Tomofix au genou droit, une infection du matériel avait été suspectée mais qu'elle n'avait pas été confirmée par les multiples prélèvements effectués.

Dans un rapport du 24 juin 2013, les Drs O.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et Q.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin assistant auprès de la [...], ont notamment indiqué ce qui suit :

« Le patient susnommé a séjourné dans notre service de réadaptation de l'appareil locomoteur du 22.05.2013 au 19.06.2013, date de son retour à domicile.

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour gonalgies droites

#### DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- 1996 : traumatisme avec torsion du genou droit
- Plastie du LCA droit en 1999
- Reprise chirurgicale de plastie du LCA droit en 2007.
- 16.01.2012 : traumatisme avec torsion du genou droit
- 24.05.2012 : révision de la plastie du LCA au DIDT, ostéotomie par ouverture interne et fixation par plaque Tomofix à droite pour récurrence de déchirure du LCA droit et gonarthrose interne varisante
- 31.05.2012 : arthroscopie, lavage et synovectomie partielle et révision cicatrice avec débridement profond et changement de la vis d'interférence tibiale à droite pour hémarthrose et hématome sous-cutané postopératoire. Suspicion d'infection. Chondrocalcinose
- 11.03.2013 : arthroscopie diagnostique avec biopsies multiples, ablation de la plastie du LCA avec curetage des tunnels osseux et AMO tibia à droite
  
- 25.03.2010 : entorse du genou gauche.
  
- Goutte diagnostiquée en 2012
- Hypertension artérielle
- Hypercholestérolémie

#### MOTIF D'HOSPITALISATION

Il s'agit d'un patient de [...] ans adressé pour rééducation et évaluation multidisciplinaire en raison de la persistance de douleurs et d'une limitation fonctionnelle du genou droit, multi-opéré avec, entre autres, reprise de plastie du LCA et ostéotomie de valgisation en mai 2012 puis ablation de la plastie du LCA et AMO en raison d'une suspicion de surinfection du genou.

[...]

#### APPRECIATION ET DISCUSSION

A l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont des douleurs localisées au genou droit, en région de la rotule et aux compartiments interne et externe du genou. [...]

La radiographie de contrôle du genou droit effectuée en février 2012 montre des troubles dégénératifs débutants. Le contrôle radiologique du genou droit effectué en juillet 2012 montre un début de consolidation après intervention de valgisation et la radiographie des longs axes effectuée en août 2012 montre un valgus du genou droit après OTV. Le CT-scan de novembre 2012 du genou droit montre une consolidation incomplète de l'ostéotomie de valgisation. Le contrôle radiologique du genou droit de janvier 2013 montre également une consolidation incomplète et des troubles dégénératifs. Des radiographies des deux genoux en charge ont été effectuées durant le séjour, soit le 24.05.2013. L'ostéotomie est consolidée. Il n'y a pas de grand pincement mais un début d'ostéophytose du compartiment interne.

Aucun nouveau diagnostic n'a été posé au cours du séjour, en particulier aucune psychopathologie n'a été retenue.

[...]

L'évolution subjective et objective est (cf. rapports et tests fonctionnels) non significative.

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme élevée.

Aucune incohérence n'a été relevée.

Les limitations fonctionnelles définitives suivantes sont retenues : le travail en terrain décliné, accroupissements, agenouillements, port de charges lourdes de plus de 10-15 kg et toute autre position contraignante pour le genou.

La situation est stabilisée du point de vue médical.

La poursuite d'un traitement de physiothérapie pourrait permettre d'améliorer la qualité de vie du patient.

[...]

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable (facteurs médicaux retenus après l'accident occasionnant les limitations citées ci-dessus).

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est favorable ».

Dans un rapport de physiothérapie REA non daté, rédigé à l'occasion du séjour de l'assuré à [...], il a été relevé que ce dernier était centré sur ses douleurs et s'autolimitait pour certains exercices.

Par rapport du 30 juillet 2013, le Dr M. \_\_\_\_\_ a relevé que le séjour auprès de [...] avait permis de récupérer une meilleure fonction du genou droit. La capacité de travail dans une activité adaptée s'élevait à 50 % dès le 1<sup>er</sup> août 2013.

Du 1<sup>er</sup> septembre au 30 novembre 2013, l'assuré a repris une activité auprès de l. \_\_\_\_\_, mais en qualité d'ouvrier de dépôt, l'activité de machiniste ayant été estimée contraire à ses limitations fonctionnelles par les différents intervenants. L'assuré travaillait au taux de 100 % avec un rendement estimé à 50 %.

Par rapport du 16 décembre 2013, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a relevé qu'il pourrait être bénéfique d'envisager un accompagnement psychologique pour l'assuré, ce dernier semblant présenter des difficultés en lien avec le handicap dont il souffrait à hauteur de son genou.

Par rapport du 17 octobre 2014, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué qu'ensuite des différentes atteintes à la santé de l'assuré, une psychothérapie bimensuelle avait été mise en place dès le 16 septembre 2014 et un traitement médicamenteux prescrit.

L'OAI a octroyé à l'assuré une mesure d'orientation professionnelle auprès de [...] entre mai et septembre 2014. Cette mesure s'est mal déroulée, l'assuré n'ayant pas apprécié la formation proposée.

Dans un rapport du 17 octobre 2014, le Dr B.\_\_\_\_\_ a indiqué que le traitement antidépresseur associé à la psychothérapie avait apporté un bénéfice à l'assuré. Il a précisé que les gonalgies étaient liées à une atteinte neuropathique et que la composante arthrosique restait au deuxième plan.

Dans un rapport du 21 octobre 2014, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a mentionné que l'assuré se plaignait de douleurs permanentes du genou et d'une instabilité fortement ressentie. Le médecin a relevé que la problématique avait un gros impact psychologique, son patient faisant une dépression, se sentant « complètement au bout du rouleau » et seul face à son problème.

Par rapport du 3 juin 2015, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, a posé les diagnostics de gonalgies droites après multiples interventions, status post-infection en 2012, et de cicatrice douloureuse antéro-interne sous-rotulienne du genou droit avec un probable névrome post-traumatique de la branche nerveuse

sous-rotulienne interne. Le médecin rendait compte de l'intervention réalisée le 19 mai 2015 ayant consisté dans le décollement des adhérences sous la cicatrice interne et la résection d'un petit rameau sensitif sous-rotulien interne.

Lors d'un entretien du 22 juin 2015, l'assuré a indiqué que cette dernière intervention semblait apporter une légère amélioration.

Dans un rapport du 6 août 2015, le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a rendu compte de son examen de l'assuré effectué le même jour. Il a notamment retenu ce qui suit :

#### « Déclarations de l'assuré

La situation n'est pas du tout satisfaisante. L'assuré marche avec 2 cannes à l'extérieur, 1 canne à l'intérieur. Il décrit des gonalgies à D, de caractère continu, y compris nocturnes, le réveillant surtout la nuit. L'intensité des douleurs est variable. [...] Il décrit avoir eu plusieurs épisodes de pseudo-lâchages et un lâchage en janvier 2015. Son genou D est souvent tuméfié lorsqu'il marche. [...] En ce qui concerne le genou G, il a des douleurs occasionnelles. L'assuré décrit aussi des douleurs lombaires évoluant depuis la fin 2014. [...]

En ce qui concerne l'activité professionnelle, rappelons que, à partir du 19.08.2013, l'assuré a repris son métier de magasinier (travail non adapté aux limitations fonctionnelles à mon avis). Il a travaillé avec un horaire complet et un rendement de 50 % jusqu'à mai 2014 lorsqu'il a commencé les mesures de reclassement professionnel de l'AI à [...]. Il a bénéficié de ce programme de reclassement jusqu'en septembre 2014. Il s'agissait d'un travail assis. Selon l'assuré, les douleurs étaient difficilement tolérables. Il a développé, à ce moment-là, une dépression. Depuis, il est suivi au [...].

[...]

#### **Diagnostic**

- Gonarthrose à D prédominant du compartiment fémoro-tibial interne.
- Status après plastie du LCA et ménisectomie partielle du ménisque interne pour lésion en anse de seau (23.03.1999).
- Status après ablation d'ossifications du tendon rotulien et du pôle inférieur de la rotule à D (12.01.2007).
- Status après rupture itérative du LCA traitée par nouvelle plastie au DIDT et ostéotomie tibiale proximale de valgisation par ouverture interne (24.05.2012).

- Status après arthroscopie, lavage, synovectomie partielle, révision de cicatrice et de débridement profond et changement de vis d'interférence tibiale pour hémarthrose et hématome sous-cutané post-plastie du LCA (31.05.2012).
- Status après entorse genou G avec micro-déchirure de la corne postérieure du MI et suspicion de lésion partielle du LCA (25.03.2010)
- Chondrocalcinose des 2 genoux.
- Status après arthrite microcristalline goutteuse du genou G.
- Status après arthroscopie diagnostique avec biopsies multiples, ablation de la plastie du LCA avec curetage des tunnels osseux et AMO du tibia D (11.03.2013).
- Status après décollement des adhérences de la cicatrice interne du genou D et résection d'un petit rameau sensitif sous-rotulien interne (19.05.2015).
- Lombalgies chroniques
- Trouble dépressif en traitement.

### **Appréciation**

La situation n'est pas du tout favorable. Les douleurs dont l'assuré se plaint dépassent largement ce qu'on pouvait attendre au vu des troubles dégénératifs visibles sur les dernières RX. L'origine de ces importantes douleurs reste, à mon avis, indéterminée. Il y a certainement une surcharge psychogène mais celle-ci n'explique pas tous les symptômes du patient.

Sur le plan somatique, il n'y a pas d'argument pour affirmer que l'assuré ne peut pas travailler dans un métier sédentaire ou semi-sédentaire, adapté aux limitations fonctionnelles à 100% avec une diminution de rendement de 25% en raison des douleurs.

[...] ».

L'assuré a été hospitalisé du 19 août au 16 septembre 2015 [...]. Aux termes de leur rapport du 28 septembre 2015, les Drs O. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_, médecin assistant auprès de [...], ont relevé que l'évolution subjective et objective était non significative. Ils ont également expliqué que les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient que partiellement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Des facteurs contextuels jouaient un rôle important dans les plaintes et limitations fonctionnelles rapportées par l'assuré et influençaient défavorablement le retour au travail. Ce dernier était centré sur la douleur, présentait un comportement douloureux marqué et annonçait un important ralentissement fonctionnel qui ne pouvait plus être expliqué par les seules constatations objectives. La participation de l'assuré aux thérapies avait été considérée comme faible. Il n'était retenu aucun

diagnostic sur le plan psychique, l'évaluation psychiatrique ayant mis en évidence la présence de symptômes de la lignée anxieuse apparus dans le contexte de l'évolution chronique des douleurs et des limitations fonctionnelles ainsi que de la reprise du travail et de l'échec des mesures auprès de [...]. Les limitations fonctionnelles définitives suivantes étaient retenues : marches prolongées ou sur terrains irréguliers, ports de lourdes charges, porte-à-faux, positions accroupies et à genoux, monter et descendre les escaliers et échelles. Les médecins ont précisé que la situation était stabilisée sur le plan médical et ajouté que - en raison de facteurs non-médicaux - le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était non favorable. Les Drs O.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ ont joint à leur envoi plusieurs rapports dont notamment celui du 28 août 2015 du Dr BB.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, faisant suite à un électroneuromyogramme effectué le même jour et dont les conclusions étaient les suivantes :

« Cet examen électronique relève alors de légers signes pour une atteinte radiculaire L5 à gauche avec un léger déficit sensitivo-moteur. Ceci est caractérisé par un léger déficit pour l'extension dorsale du gros orteil, un léger déficit sensitif ainsi que quelques signes d'une atteinte axonale chronique dans plusieurs muscles tributaires de la racine L5 à gauche. L'IRM lombaire démontre des hernie[s] L4/5 et un peu plus grand en L5/S1 plut[ôt] médiane mais sans signe de compression radiculaire claire. Le tableau clinique et notamment les douleurs dépassent vraisemblablement largement cette atteinte neurologique ».

Dans un rapport du 26 octobre 2015 rendu ensuite de l'examen de l'assuré, le Dr C.\_\_\_\_\_ a relevé que le cas pouvait être considéré comme stabilisé. Il a retenu que l'assuré présentait une capacité de travail entière pour toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit une activité sédentaire ou semi-sédentaire, sans port de charges, en évitant les travaux accroupis ou à genoux. De courts déplacements à plat étaient possibles. L'assuré devait éviter de marcher en terrain irrégulier et de monter ou descendre des escaliers ou des pentes à répétition. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle était totale et définitive.

Le même jour, le Dr C.\_\_\_\_\_ a évalué l'atteinte à l'intégrité de l'assuré à 20 %, en retenant les motifs suivants :

« Suite à l'accident du 14.08.1998 (01.21834.98.7) et à la rechute du 16.01.2012, l'assuré a développé une gonarthrose à droite prédominante du compartiment fémoro-tibial interne associée avec des douleurs et une instabilité due à une déchirure itérative du LCA.

La table no 5 des indemnisations des atteintes à l'intégrité selon la LAA prévoit en cas d'arthrose fémoro-tibiale une indemnisation de 15 à 30 %. Dans le cas de M. N.\_\_\_\_\_, une indemnisation de 20% me paraît justifiée. Cette indemnisation sera à revoir en cas d'implantation d'une PTG.

En ce qui concerne les lombalgies sur troubles dégénératifs évoluant depuis la fin de l'année 2014, aucune IPAI n'est due car il ne s'agit pas d'un cas Suva ».

Par rapport du 19 janvier 2016, le Dr D.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de status post-lésion nerveuse de la branche sous-rotulienne du nerf saphène interne du genou droit, avec une cicatrice douloureuse ant-interne et une hypoesthésie distale du genou droit.

**f)** Le 16 janvier 2016, alors qu'il se promenait avec son épouse, l'assuré a glissé sur une plaque de glace et s'est fracturé le coude droit.

Le cas a été pris en charge par la CNA, sous n° de sinistre 23.95985.16.0.

**g)** Par rapport du 28 septembre 2016, le Dr B.\_\_\_\_\_ a relevé que la situation de son patient, à hauteur du genou droit, pouvait être considérée comme stabilisée. Les douleurs étaient au premier plan de la symptomatologie sur le genou dont une partie était probablement liée à une atteinte arthrosique fémoro-tibiale interne. Il a précisé que cette atteinte survenait dans un contexte plus général de dépression, de hernie discale avec lombosciatalgie irradiant dans la jambe et le pied gauches et d'une épicondylite au coude droit. Les limitations fonctionnelles étaient : absence de travail à genoux ou accroupi, absence de port de charges au-delà de 5 kg, montée des escaliers une volée à la fois, changement

régulier de position, position assise maximum 1 heure et position debout maximum 30 minutes à la fois.

Dans un avis du 20 octobre 2016, le Dr C. \_\_\_\_\_ a confirmé que, pour le genou, le cas était stabilisé. L'exigibilité et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité avaient été établies le 26 octobre 2015.

Dans un rapport du 18 novembre 2016, le Dr G. \_\_\_\_\_ a constaté que l'état psychique de l'assuré était lié à l'évolution de ses multiples difficultés somatiques qui lui causaient un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Le psychiatre constatait également une diminution de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt et une diminution de l'aptitude à se concentrer associées à une fatigue importante, survenant même après un effort minime. Le spécialiste a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, (F33.1) et de douleur chronique où interviennent des facteurs somatiques et psychiques (F45.41). Le retour à l'activité habituelle était illusoire et une activité adaptée était envisageable, au taux de 50 %, si l'on parvenait à réduire la souffrance physique de l'assuré. Le Dr G. \_\_\_\_\_ a confirmé son appréciation dans un rapport du 30 mai 2017.

Par rapport du 18 avril 2017, le Dr A. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de gonarthrose tricompartmentale post-traumatique du genou droit.

Le 29 avril 2017, le Dr C. \_\_\_\_\_ a validé la poursuite de la physiothérapie à concurrence de trois fois neuf séances par année au maximum ainsi que la mise en place d'une prothèse.

Par courrier reçu le 2 juin 2017 par la CNA, I. \_\_\_\_\_ a déclaré que l'assuré aurait gagné, en 2017, 5'740 fr., treize fois l'an. Dans un courrier reçu le 14 juin 2017, V. \_\_\_\_\_ a indiqué un salaire horaire de 18 fr. 80, 9.25 % d'indemnité de vacances, 8.33 % de treizième salaire et 13

heures 30 d'horaire de travail hebdomadaire moyen. Par courriel du 16 août 2017, V. \_\_\_\_\_ a confirmé l'horaire susmentionné.

Par courrier du 16 août 2017, la CNA a mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière allouée à l'assuré avec effet au 30 septembre 2017 et précisé continuer à prendre en charge trois séries de neuf séances de physiothérapie au maximum par année.

Par décision du 6 septembre 2017, la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 30 % dès le 1<sup>er</sup> octobre 2017 ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 19'440 francs. Le revenu sans invalidité retenu était de 88'917 fr. et celui avec invalidité de 61'929 francs. La CNA a refusé l'octroi de prestations en lien avec les troubles psychogènes constatés.

Il ressort des pièces au dossier que, pour déterminer le revenu avec invalidité, la CNA s'est fondée sur son fichier de données salariales résultant de descriptions de postes de travail. Elle a sélectionné cinq fiches de postes actuels dans le canton de Vaud, savoir : n<sup>os</sup> 595767 (collaborateur de production, désignation de la fonction : contrôle), 2260 (collaborateur de production, désignation de la fonction : montage, câblage/tt), 11576 (collaborateur de production, désignation de la fonction : soudure laser), 8452 (fabricant d'instruments de mesure, désignation de la fonction : assemblage micromètres digitaux) et 5786 (collaborateur de production, désignation de la fonction : finition). Le revenu avec invalidité retenu par la CNA correspondait à la moyenne des revenus de ces cinq postes.

Le 5 octobre 2017, l'assuré, représenté par Assista Protection juridique SA, s'est opposé à la décision susmentionnée, indiquant que son atteinte à l'intégrité et sa perte de salaire étaient supérieures à celles retenues. Sous la plume de Me Corinne Monnard Séchaud, il a complété son opposition le 9 novembre 2017 et le 30 janvier 2018, concluant à ce que lui soit octroyée une rente entière d'invalidité. L'assuré a produit à l'appui de son opposition un rapport d'ergothérapie du 11 janvier 2018.

**h)** Par décision du 17 janvier 2018 confirmant un projet du 15 juin 2017, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité entre le 1<sup>er</sup> juin 2013 et le 30 novembre 2013, une demi-rente d'invalidité entre le 1<sup>er</sup> décembre 2013 et le 30 novembre 2014 puis une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre 2014.

Par décision du 21 novembre 2018, la CNA a constaté que la situation de l'assuré avait donné lieu à une surindemnisation et requis le remboursement de 76'149 fr. 55.

**i)** Par décision sur opposition du 7 mai 2018, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré à l'encontre de sa décision du 6 septembre 2017. Elle a considéré que l'assuré présentait des troubles sans rapport de causalité naturelle avec les accidents pris en charge, tels les lombosciatalgies. Il n'existait pas non plus de lien de causalité adéquate avec les troubles d'ordre psychique constatés. Fondée sur les différentes appréciations médicales au dossier, plus particulièrement sur les avis de son médecin-conseil, elle a confirmé le calcul du degré d'invalidité de l'assuré ainsi que le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité allouée.

**B.** Par acte du 7 juin 2018, N.\_\_\_\_\_, représenté par Me Monnard Séchaud, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en prenant les conclusions suivantes :

« Principalement :

- I. Le recours est admis.
- II. Le droit à la prise en charge du traitement de ses troubles psychiques par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA) est reconnu à N.\_\_\_\_\_ dès le 1<sup>er</sup> octobre 2017.
- III. Le droit à une rente d'invalidité LAA entière versée par la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (SUVA) est reconnu à N.\_\_\_\_\_ dès le 1<sup>er</sup> octobre 2017, avec intérêts à 5% l'an dès le 1<sup>er</sup> octobre 2017.
- IV. Le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, dont le taux n'est pas inférieur à 40 %, versé par la Caisse nationale suisse

d'assurance en cas d'accidents (SUVA) est reconnu à N.\_\_\_\_\_, avec intérêts à 5% l'an dès ce jour.

Subsidiairement :

- I. Le recours est admis
- II. La décision sur opposition rendue le 7 mai 2018 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA) est annulée et la cause est renvoyée à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA) pour nouvel examen et complément d'instruction ».

Le recourant a en particulier fait valoir que les frais médicaux concernant le traitement de ses troubles psychiques devaient être pris en charge. Il a également contesté le degré d'invalidité retenu par la CNA, arguant de son incapacité totale de travail. Il a enfin relevé que ses gonalgies justifiaient que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité soit augmentée. Le recourant a notamment fondé ses griefs sur différents avis rendus par le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie et médecin auprès du service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), dans le cadre de l'instruction du dossier AI, savoir :

- un avis du 19 août 2015 relevant que les douleurs au genou du recourant étaient partiellement inexplicables. Le médecin reconnaissait l'existence d'un trouble dépressif sévère chez un assuré frustré ayant épuisé ses ressources adaptatives. La lourde médication prescrite par le psychiatre traitant attestait de la gravité de la situation. Le Dr E.\_\_\_\_\_ a indiqué que même si au plan strictement ostéo-articulaire/biomécanique, il était évident qu'une activité professionnelle épargnant les genoux était envisageable. La gravité de l'atteinte psychiatrique s'opposait à une telle évaluation de sorte que l'incapacité de travail était de 100 % pour des raisons psychiatriques au moins depuis novembre 2014.
- un avis du 22 décembre 2016 indiquant ce qui suit :

« 1/Genou droit :

[...]

Conclusion du MA de la SUVA (Rapport d'examen final du 28.10.2015 - GED Dossier SUVA 24.12.2015) : gonarthrose droite

post-traumatique, chondrocalcinose des deux genoux. Etat stabilisé IT 100% dans l'activité antérieure. CT 100% dans une activité adaptée à la pathologie des genoux.

2/ Lombosciatalgie gauche L5 [...]

3/ Epicondylite droite : [...]

4/ Atteinte psychique : le RM du [...] d'avril 2015 atteste un trouble dépressif sévère considéré comme objectivement incapacitant. Lors du séjour [...] du 19.08. au 16.09.2015 (GED Dossier SUVA 07.10.2015) il est conclu à un trouble de l'adaptation avec des réactions dépressives prolongées classé parmi les comorbidités. Le RM [...] du 07.12.2015 atteste une IT de 100% inchangée depuis le 16.11.2014 ».

- un avis du 7 juin 2017 concluant que l'atteinte à la santé au plan musculo-squelettique à foyers multiples était stabilisée dans la médiocrité, imposant des limitations fonctionnelles multiples. S'était greffé sur cette problématique douloureuse chronique et limitative fonctionnellement un trouble dépressif sévère dont la prise en charge spécialisée appropriée s'avérait peu efficace pour l'instant.

Par réponse du 11 octobre 2018, la CNA, sous la plume de Me Didier Elsig, a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 31 janvier 2019, le recourant a persisté dans ses précédents moyens et conclusions.

### **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. a)** Le présent litige porte sur la prise en charge des frais médicaux en lien avec l'atteinte psychique dont souffre le recourant, le taux de sa rente d'invalidité et sur la quotité de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

**b)** Les modifications de la LAA introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. Selon le ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 sont en effet régies par l'ancien droit.

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Parmi ces prestations figurent notamment le droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), le versement d'une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA) et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 LAA).

**b)** L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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. La notion d'accident repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V

402 consid. 2.1). En outre, l'atteinte doit s'inscrire dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le facteur extérieur extraordinaire.

**c)** 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 faut et 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. 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 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

**d)** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C\_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de

gravité ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 403 consid. 5c/aa ; TF 8C\_775/2017 du 13 juin 2018 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a encore précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C\_567/2017 du 12 mars 2018 consid. 5.1). Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant - comme par exemple le cas d'une glissade (ATF 115 V 133 consid. 6a), l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références citées) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;

- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C\_493/2017 du 10 juillet 2018 consid. 2.2 et les références citées). Les exigences quant à ces critères seront d'autant plus strictes qu'au sein des accidents de gravité moyenne, l'accident sera considéré comme léger (ATF 115 V 133 consid. 6bb). Selon la jurisprudence, lorsqu'à la suite de deux ou plusieurs accidents apparaissent des troubles psychiques, l'existence d'un lien de causalité adéquate doit, en principe, être examinée en regard de chaque accident considéré séparément. Cette règle s'applique en particulier dans les cas où les accidents ont porté sur différentes parties du corps et occasionné des atteintes diverses (ATF 115 V 138 consid. 6 ; RAMA 1996 n° U 248 p. 177 consid. 4b ; TF 8C\_1007/2012 du 11 décembre 2012 consid. 5.1). Le Tribunal fédéral a jugé que le principe d'un examen séparé de la causalité adéquate vaut également dans les cas où la personne assurée a subi plus d'un accident ayant entraîné un traumatisme du type « coup du lapin » ou un traumatisme analogue. Il n'a cependant pas écarté qu'il soit tenu compte de la survenance d'atteintes successives à une même partie du corps dans l'examen des critères jurisprudentiels lorsque les conséquences des différents événements ne peuvent pas être distinguées les unes des autres sur le plan des symptômes douloureux et/ ou de l'incapacité de travail. Cette circonstance est à considérer dans le cadre de l'appréciation des critères de la gravité et la nature des lésions, du degré et de la durée de l'incapacité de travail, respectivement du traitement médical (TF 8C\_477/ 2008 du 19 décembre 2008 consid. 6.1 et les références citées).

**4. a)** Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité,

pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. 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 - ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C\_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3) - et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

**b)** Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGGA).

**c)** La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C\_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (TF 8C\_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1).

**d)** Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à

défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

**e)** Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 139 V 592 consid. 2.3).

On se fondera sur un revenu hypothétique lorsque l'assuré ne met pas - ou pas pleinement - à profit sa capacité de travail après l'accident. Dans ce cas, la jurisprudence a dégagé deux méthodes d'évaluation du revenu d'invalidé, entre lesquelles le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence ; la première se fonde sur les données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), tandis que la seconde repose sur les données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) récoltées par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; 129 V 472 consid. 4.2.1 et les références citées). Selon la jurisprudence, la détermination du revenu d'invalidé sur la base des données salariales résultant des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2).

**5. a)** Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité.

Conformément à 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. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133V 224 consid. 2.2).

**b)** L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b ; 113 V 2018 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C\_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

**c)** Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de

sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C\_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C\_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1).

**6.** En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, consacré notamment à l'art. 61 let. c LPGA, le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu ; il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352 ; TF 9C\_573/2010 du 8 août 2011 consid. 4.1).

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 expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée ; TF 9C\_851/2012 du 5 mars 2013 consid. 2.2).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions

sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la CNA n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi, raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**7.** En l'occurrence, la CNA a fixé le degré d'invalidité du recourant à 30 % en se fondant sur ses seules atteintes somatiques. Estimant que les troubles psychiatriques qu'il a développés sont en lien de causalité naturelle et adéquat avec l'événement du 14 août 1998, le recourant réclame la prise en charge des traitements médicaux relatifs à cette atteinte et sa prise en compte dans l'estimation de son degré d'invalidité.

**a)** Si le fait de glisser en descendant d'une machine de chantier a pu subjectivement revêtir chez l'intéressé un caractère relativement impressionnant, le déroulement de l'accident n'apparaît pas du point de vue objectif – seul déterminant en l'espèce – particulièrement dramatique. Ainsi, cet accident peut, tout au plus, être qualifié de gravité moyenne à la limite d'un accident bénin, au vu des forces générées. Dans un tel cas de figure, pour qu'on puisse admettre le caractère adéquat de l'atteinte psychique, il faut un cumul de quatre critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence ou que l'un des critères se manifeste avec une intensité particulière (TF 8C\_249/2018 du 12 mars 2019 consid.

5.1 et la référence citée). Or tel n'est pas le cas en l'espèce. En effet, l'événement litigieux ne présentait pas de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques et n'a pas causé de lésions physiques propres à entraîner des troubles psychiques. De même, il n'y a pas eu d'erreur dans le traitement médical. Il n'existe pas d'indices pour admettre des difficultés ou complications importantes au cours de la guérison. Quant aux conditions des douleurs physiques persistantes, à la durée du traitement médical, aux complications apparues au cours de la guérison et au degré et à la durée de l'incapacité de travail, il y a lieu de relever que les différents médecins ayant examiné le recourant ont indiqué que les problématiques décrites par ce dernier n'étaient pas en lien avec leurs observations objectives (cf. rapports de physiothérapie REA rédigé à l'occasion du séjour de l'assuré à [...] entre les 22 mai et 19 juin 2013 ; du Dr C. \_\_\_\_\_ des 6 août et 26 octobre 2015 ; des Drs O. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_ du 28 septembre 2015). Le Dr C. \_\_\_\_\_ a ainsi relevé que les douleurs dont l'assuré se plaignait dépassaient largement ce que l'on pouvait attendre au vu des troubles dégénératifs visibles sur les imageries. L'origine de ces douleurs était indéterminée. Les Drs O. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_ ont précisé que des facteurs contextuels jouaient un rôle important, l'assuré étant centré sur la douleur. De même, dans son rapport du 28 août 2015, le Dr BB. \_\_\_\_\_ a indiqué que les douleurs dépassaient vraisemblablement largement l'atteinte neurologique. Or l'intensité des douleurs doit être examinée au regard de leur crédibilité, ainsi que de l'empêchement qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4 ; TF 8C\_459/2017 du 16 avril 2018 consid. 5.2). Le recourant présente en outre des atteintes d'origine dégénératives, de la chondrocalcinose et de l'arthrite qui ont également joué un rôle dans la survenance de ses difficultés psychiatriques (cf. rapports du Dr C. \_\_\_\_\_ du 6 août 2015 ; des Drs O. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_ du 24 juin 2013 ; du Dr B. \_\_\_\_\_ des 17 octobre 2014 et 28 septembre 2016 ; du Dr M. \_\_\_\_\_ du 6 février 2014, des Drs O. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_ du 28 septembre 2015). Ainsi, il n'est pas démontré - au stade de la vraisemblance prépondérante - que quatre de ces critères seraient remplis de sorte qu'il y a lieu de nier l'existence d'un rapport de causalité

adéquate entre les troubles psychiques du recourant et l'événement litigieux.

C'est le lieu de relever que le recourant reproche aux différents rapports du Dr C.\_\_\_\_\_ d'être incomplets en cela qu'ils ne se réfèrent pas à son atteinte psychiatrique. Dès lors que cette atteinte ne se trouve pas dans un rapport de causalité avec l'événement du 14 août 1998 et sa rechute, ce grief n'est pas fondé. On relève au surplus que le Dr C.\_\_\_\_\_ a procédé à une étude approfondie du dossier médical à sa disposition, qu'il a listé les plaintes du patient qu'il a confronté à ses constatations objectives. Dès lors, bien étayée, son appréciation revêt une pleine valeur probante.

**b)** Compte tenu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée a refusé de prendre en charge les frais médicaux en lien avec le traitement des troubles psychiatriques dont souffre le recourant.

**c)** Le recourant réclame également que lui soit allouée une rente entière d'invalidité. Il relève à cet égard que l'OAI lui a reconnu une incapacité de travail complète, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée.

A titre liminaire, on notera que selon la jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (cf. ATF 131 V 362 consid. 2.3). Plus particulièrement, l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré ; c'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4 ; 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2).

A cet égard, force est de constater que, pour fonder son appréciation, l'OAI a tenu compte de l'ensemble des atteintes à la santé

du recourant savoir son atteinte au genou droit, une lombosciatalgie gauche L5, une épicondylite droite et une atteinte psychique. Or, parmi toutes ces atteintes, seule celle intéressant le genou droit concerne le présent litige, les autres ne présentant - comme on l'a vu - pas de lien de causalité avec l'événement du 14 août 1998. A cet égard, le Dr E. \_\_\_\_\_ du SMR a expressément indiqué dans ses avis des 19 août 2015 et 22 décembre 2016 qu'il retenait une incapacité de travail totale sur la base des atteintes psychiques. Il s'est d'ailleurs rallié à l'opinion du Dr C. \_\_\_\_\_ en reconnaissant à l'assuré une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée au seul regard de l'atteinte au genou droit.

Le recourant ne critique pas le calcul effectué par la CNA. Ce calcul doit cependant être contrôlé d'office. Préalablement, il y a lieu de relever que la CNA a retenu que l'assuré disposait d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée. Dans un premier rapport, le Dr C. \_\_\_\_\_ avait invoqué une diminution de rendement de 25 %. Le recourant avait ensuite effectué un séjour auprès de [...] à l'issue duquel il a été constaté que le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était défavorable, en raison de facteurs non médicaux exclusivement (cf. rapport du 28 septembre 2015 des Drs O. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_). Le Dr C. \_\_\_\_\_ a par la suite estimé que le recourant disposait d'une capacité de travail dans une activité adaptée sans diminution de rendement (cf. avis des 26 octobre 2015 et 21 octobre 2016), appréciation qui a été confirmée par le médecin du SMR le 22 décembre 2016. C'est ainsi à bon droit que la CNA a procédé à son calcul sans tenir compte, pour déterminer le revenu avec invalidité, de diminution du rendement. Cela étant, il y a lieu de constater que la CNA a omis de tenir compte, dans la détermination du revenu sans invalidité auprès de V. \_\_\_\_\_ des 9.25 % d'indemnité de vacances mentionnés par cette dernière dans son envoi reçu le 14 juin 2017. Ainsi, le salaire sans invalidité s'élève à 90'137 fr. 80, soit 74'620 fr. pour I. \_\_\_\_\_ (5'740 fr. x 13 mois) et à 15'517 fr. 80 pour V. \_\_\_\_\_ (18 fr. 80 de l'heure x 13.5 heures par semaine x 52 semaines + 8.33 % [13<sup>ème</sup> salaire] + 9.25 %). Le revenu avec invalidité retenu par la CNA - 61'929 fr. - ne prête quant à lui

pas le flanc à la critique. Le taux d'invalidité du recourant s'élève ainsi à 31 %.

**8.** Le recourant reproche encore à l'intimée d'avoir retenu un taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité insuffisant. Il estime que celui-ci devrait s'élever à 40 % sur la base de la table 5, correspondant à une arthrose grave.

La CNA a fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 20 % sur la base des conclusions du Dr C.\_\_\_\_\_. Dans son appréciation du 26 octobre 2015, celui-ci s'est référé à la table 5 du barème établi par la CNA relatif aux atteintes à l'intégrité résultant de l'arthrose, prévoyant un taux situé entre 15 et 30 % en cas d'arthrose moyenne du genou. Le médecin d'arrondissement a considéré que la gonarthrose à droite prédominante du compartiment fémoro-tibial interne associée avec des douleurs et une instabilité due à une déchirure itérative du LCA justifiait d'appliquer un taux de 20 % à revoir en cas d'implantation d'une prothèse totale du genou.

L'évaluation du Dr C.\_\_\_\_\_ paraît convaincante. Elle n'est d'ailleurs remise en cause par aucun avis médical versé au dossier.

C'est par conséquent à juste titre que la CNA a fixé à 20 % l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à laquelle le recourant a droit.

**9.** Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert le recourant par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 c. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1 ; TF 8C\_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2).

**10. a)** Au vu de ce qui précède, le recours doit être très partiellement admis et la décision sur opposition du 7 mai 2018 réformée en ce sens que N.\_\_\_\_\_ a droit, dès le 1<sup>er</sup> octobre 2017, à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 31 %. La décision est confirmée pour le surplus

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

Compte tenu de la mesure très restreinte de l'admission du recours, le recourant succombant sur le principe, il n'y a pas lieu à l'allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est très partiellement admis.
  
- II.** La décision sur opposition rendue le 7 mai 2018 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est réformée en ce sens que N.\_\_\_\_\_ a droit, à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2017, à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents d'un taux de 31 %. Cette décision est confirmée pour le surplus.
  
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Corinne Monnard Séchaud (pour N. \_\_\_\_\_),
- Me Didier Elsig (pour 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 :