

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 août 2019

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
MM. Piguet et Métral, juges  
Greffier : M. Schild

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Alessandro Brenchi, avocat à Lausanne,

et

**W.**\_\_\_\_\_, à Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, à Lausanne,

---

**Art. 7 et 8 LPGA, art. 4, 6 et 18 LAA**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** D. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait depuis le 18 mai 2006 à 100% pour le compte de [...] SA en qualité d'ouvrier-maçon (coffreur). A ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). Le 4 août 2006, en [...], il s'est tordu le genou droit en jouant au football. Il en est résulté une incapacité de travail totale. Le 20 octobre 2006, l'assuré a subi une reconstruction du ligament croisé antérieur. La CNA a pris le cas en charge.

Lors d'un entretien du 29 octobre 2007 avec un inspecteur de la CNA, l'assuré a expliqué que le 2 juillet 2007, alors qu'il avait repris en plein son activité de coffreur depuis le 14 mai 2007, son genou droit avait lâché soudainement. Le 22 février 2008, l'assuré a subi une arthroscopie du genou droit.

Le 2 février 2010, l'employeur de l'assuré, [...] Sàrl, a déposé une déclaration de sinistre en indiquant que le 13 janvier 2010, l'assuré était tombé en glissant sur un échafaudage, le genou droit ayant été contusionné.

Dans une déclaration de sinistre du 5 août 2013, l'assuré a indiqué avoir accidentellement chuté le 26 juillet 2013 d'un mur de 2,7 mètres, avec lésions multiples. Le 8 janvier 2014, l'assuré a subi une nouvelle arthroscopie et ménisectomie partielle interne avec réparation de l'ostéochondrite disséquante par la technique AMIC (Autologus Matrix Induced Chondrogenesis).

Le 16 mars 2015, le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, a posé les diagnostics de douleurs persistantes du genou droit, status après plastie du LCA (2006), status après arthroscopie, ménisectomie partielle interne

et réparation d'une ostéochondrite disséquante du condyle fémoral interne par la technique AMIC (2014).

**b)** Par décision du 22 janvier 2016, la CNA a reconnu à l'assuré le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 5%, considérant que l'état du genou droit de l'assuré correspondait à une arthrose moyenne. Elle a nié le droit à une rente d'invalidité en retenant un revenu sans invalidité de 5'529 fr., et un revenu avec invalidité de 5'013 fr., dont la comparaison conduisait à une perte de gain de 9%, insuffisante pour ouvrir le droit à la rente. Selon le résumé des documents déterminants pour la fixation de la rente, le gain de valide avait été évalué à 66'350 fr. selon le calcul suivant :  $29.- \times 2'112 \text{ heures} + 8.33\%$ . L'assuré bénéficiait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit éviter les ports de charges de plus de 15 kg, éviter la marche en terrain irrégulier, éviter de monter sur des échelles ou des échafaudages et éviter de travailler accroupi ou à genoux.

Le 18 février 2016, l'assuré a formé opposition à cette décision, en contestant le degré d'invalidité de 9% retenu et l'absence de mise en œuvre d'une expertise par un médecin neutre. Désormais représenté par l'avocat Alessandro Brenci, l'assuré a complété son opposition le 30 mai 2016, en faisant valoir qu'il souffrait encore des suites de l'accident d'août 2006, et qu'il y avait dès lors lieu de lui reconnaître le droit à une rente d'invalidité ainsi qu'à une IPAI d'un taux supérieur à 5%.

Par décision sur opposition du 3 juin 2016, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a notamment expliqué que le revenu d'invalidité avait été déterminé sur la base des descriptions de postes de travail, et qu'après comparaison des revenus, le degré d'invalidité s'élevait à 9,33%, ce qui conduisait à refuser le droit à la rente d'invalidité.

Par arrêt du 26 octobre 2017 (AA 79/16 - 114/2017), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud a rejeté

le recours formé par l'assuré contre la décision sur opposition du 3 juin 2016.

**B.**           **a)** Le 7 septembre 2016, l'employeur de l'assuré [...] SA a déposé une déclaration d'accident, exposant que, le 6 septembre 2016, l'assuré avait glissé dans les escaliers alors qu'il se rendait à son travail et qu'il s'était blessé au genou droit qui présentait une contusion. L'assuré était au bénéfice d'un contrat de mission temporaire conclu le 23 juin 2016 pour une durée indéterminée (art. 319 CO et 19 LES [Loi fédérale sur le service de l'emploi et la location de services ; RS 823.11]), prenant effet le 27 juin 2016, et travaillait en qualité d'ouvrier de construction A pour un salaire horaire brut de 39 fr., avec un taux d'activité de 100% équivalent à 40,5 heures par semaine. Le salaire horaire se composait d'un salaire de base net de 31 fr. 55, d'indemnité de vacances à hauteur de 3 fr. 45 (10,60%), d'indemnité pour jour férié de 1 fr. (3,17%) et de la part au 13<sup>ème</sup> salaire par 3 fr. (8,33%). Le contrat était soumis aux conventions collectives de travail étendues « Branche du travail temporaire » et la convention nationale construction gros œuvre. Il est précisé sur le contrat que l'assuré était engagé comme collaborateur temporaire pour être délégué auprès d'une entreprise utilisatrice et que la mission débutait à la date indiquée pour une durée indéterminée.

La CNA a pris le cas en charge par le versement d'indemnités journalières.

**b)** Lors de la consultation de l'assuré le 6 septembre 2016, le Dr V.\_\_\_\_\_, médecin praticien, du centre médical de [...], a constaté un traumatisme d'un membre (récent et sans déformation) sans œdème ni de laxité et a prescrit du Voltarene pendant 8 jours. Le Dr K.\_\_\_\_\_, radiologue, a conclu que les radiographies du genou droit effectuées le 6 septembre 2016 ne présentaient pas de fracture du genou droit, mais un épanchement articulaire et un remodelé dégénératif débutant tricompartmental dans le cadre d'une plastie du croisé antérieur.

Une IRM du genou droit effectuée le 21 septembre 2016 et comparée à une imagerie du 13 octobre 2014 indiquait un status post-plastie du LCA (la plastie étant intègre), une progression de la chondropathie de grade IV touchant le condyle fémoral interne, une progression de la chondromatose secondaire, un épanchement articulaire, une apparition d'une petite chondropathie de grade IV au niveau de la pointe de la rotule et un status post probable résection d'une partie de la corne postérieure du ménisque interne.

Après une nouvelle arthroscopie effectuée le 2 décembre 2016, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a posé les diagnostics de nouvelle distorsion du genou droit, status après greffe cartilagineuse et status après plastie du LCA, avec une évolution favorable. Le protocole opératoire relevait que l'assuré avait eu, il y a plusieurs années, une plastie du LCA du genou droit qui fonctionnait bien, mais qu'il avait développé en 2014 une ostéochondrite disséquante que le chirurgien avait réparée par la technique AMIC. L'évolution au début avait été favorable, mais l'assuré présentait des blocages. L'IRM montrait un corps libre cartilagineux et une nouvelle zone de défaut externe, par rapport à la zone greffée, qui elle se portait bien. Des séances de physiothérapie ont été prescrites à l'assuré.

**c)** Le 23 janvier 2017, le Dr Y.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de l'intimée, a considéré que ce cas était en relation de causalité avec l'événement de 2006.

**d)** Le 9 mai 2017, le Dr P.\_\_\_\_\_ a rappelé que l'assuré avait eu en 2006 une lésion du ligament croisé antérieur du genou droit, opérée avec succès, puisqu'il avait subi un nouveau traumatisme en 2013. Une IRM avait mis en évidence une lésion ostéo-cartilagineuse du condyle fémoral interne. L'intervention avait consisté en une méniscectomie partielle, mais surtout une greffe de type AMIC cartilagineuse. L'évolution initialement avait été bonne, puis la situation s'était à nouveau péjorée. Une nouvelle IRM avait montré une prise uniquement partielle de la greffe, avec un délitement suite à une nouvelle distorsion en septembre 2016. Le

Dr P.\_\_\_\_\_ l'avait opéré à nouveau le 2 décembre 2016, par arthroscopie, durant laquelle il avait constaté l'apparition d'une nouvelle zone de délitement cartilagineux, latéralement par rapport à la greffe, qui avait assez bien pris. Cette nouvelle zone avait été forée et colmatée avec de la colle fibrine. L'assuré restait toutefois complètement incapable de reprendre sa profession, l'évolution à ce jour était très défavorable. L'assuré était coffreur de profession et donc, à son sens, restait dans l'incapacité complète de travailler. Le 14 juin 2017, ce médecin a confirmé que la situation actuelle restait défavorable, avec des douleurs latérales. L'IRM de mai 2017

montrait une image de déchirure des deux ménisques et un condyle interne à nouveau fortement dégénératif avec probablement un ostéophyte central.

e) Par décision du 15 juin 2017, l'intimée a mis fin au paiement des indemnités journalières avec effet au 23 avril 2017 au soir, considérant que l'assuré présentait une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée conformément à l'examen médical du 16 mars 2015 et à la décision du 22 janvier 2016. L'assuré a formé opposition à cette décision.

Le 20 septembre 2017, le Dr M.\_\_\_\_\_, médecin associé du Département de l'appareil locomoteur, service d'orthopédie et traumatologie, a établi un rapport dont on retient l'extrait suivant :

**« Anamnèse actuelle**

A l'anamnèse actuelle, le patient rapporte des douleurs diffuses à hauteur de son genou, de localisation principalement antéro-interne, permanentes, majorées par les activités. Il ne rapporte pas de symptomatologie d'instabilité. Le périmètre de marche serait limité à 20 minutes. La montée et descente des escaliers s'accompagnerait d'une majoration des plaintes douloureuses. Les positions à genoux et accroupie sont impossibles. Le port de charge également.

[...]

**Hypothèse, diagnostic et attitude**

Jeune patient âgé de 33 ans, que nous évaluons pour la première fois, à la demande du Dr P.\_\_\_\_\_.

Il présente à hauteur de ce genou gauche un status après trois traumatismes, dont un survenu il y a plus de 10 ans au football, les deux suivants étant survenus dans le contexte d'une activité professionnelle. Il est en arrêt de travail depuis 3 ans, avec un échec de reprise de l'activité professionnelle il y a une année. Il présente un status à 10 ans après une déchirure du ligament croisé antérieur associée à une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne et de la corne antérieure du ménisque externe. L'atteinte est survenue dans un contexte de morphotype en varus et de probable chondropathie débutante des interlignes fémoro tibial interne et fémoro patellaire. Une plastie du ligament croisé antérieur par tiers central du tendon rotulien homolatéral a été effectuée. Elle a été suivie d'une reprise chirurgicale après 18 mois pour ménissectomie partielle externe (corne antérieure) et suture méniscale interne (corne postérieure). L'évolution a été marquée par :

- plastie LCA restant compétente jusqu'à ce stade, en position est relativement anatomique.
- échec de la suture méniscale interne
- l'apparition d'une gonarthrose fémoro-tibiale interne, les lésions prédominant sur le versant condylien de l'articulation, puis fémoro patellaire. Ces lésions semblent s'être décompensées au terme des deux accidents plus récents que le patient a subit dans le cadre de son activité professionnelle, en 2013 et 2016. L'atteinte fémoro-tibiale interne se développe dans un contexte du varus susmentionné, l'atteinte fémoro-patellaire survenant dans un contexte de rotule à tendance basse, caractérisée par un index de Caton à 0.7.

Une reprise chirurgicale a été effectuée il y a trois ans, combinant ménissectomie partielle interne et procédure de type AMIC, avec reprise chirurgicale il y a 8-9 mois pour perforation du condyle fémoral interne et application de colle de fibrine. Ces procédures n'ont pas apporté de bénéfice au patient, l'évolution étant marquée par une progression de l'atteinte arthrosique fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire.

Le pronostic est réservé au vu de l'extension et de la progression des lésions chondrales, de l'atteinte de l'os sous chondral, du statut multi opéré, de la chronicité des plaintes et du contexte psychosocial.

Je pense qu'il n'y a pas de bénéfice à une reprise chirurgicale à ce stade. Je propose qu'il faille privilégier avant tout un traitement conservateur, incluant une reconversion professionnelle. J'ai proposé de revoir le patient le 03.11.2017. »

A l'occasion d'une appréciation médicale du 26 septembre 2017, le Dr L. \_\_\_\_\_, a retenu les éléments suivants, après examen de l'ensemble des pièces médicales :

« On peut donc conclure que l'état du genou D de M. D. \_\_\_\_\_ ne s'est pas amélioré. Il n'est plus apte à reprendre son métier habituel de coffreur. Il est apte à travailler dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles qui ont probablement augmenté depuis 2015. Il peut exercer un travail sédentaire ou semi-sédentaire. De courts déplacements à plat sont possibles. Il doit éviter le port et le soulèvement de charges de plus de 10 kg. Il doit éviter de monter ou

descendre les escaliers, les pentes ou les échafaudages à répétition. Doit éviter de marcher en terrain irrégulier. Il doit éviter de travailler en position accroupie ou à genoux. »

**f)** Par décision sur opposition du 29 septembre 2017, l'intimé a partiellement admis l'opposition à l'encontre de la décision du 15 juin 2017 en ce sens que le droit à la rente devra être examiné à compter du 1<sup>er</sup> avril 2017, soit deux mois après la dernière intervention pratiquée par le Dr P.\_\_\_\_\_.

Dans un rapport médical daté du 13 novembre 2017, le Dr M.\_\_\_\_\_ a retenu les éléments suivants :

« J'ai eu une nouvelle longue discussion avec le patient. Je propose de privilégier un traitement conservateur et je l'ai encouragé à poursuivre les démarches vers une reconversion professionnelle. Je ne retiens pas l'indication pour une reprise chirurgicale, qui devrait consister probablement à une ostéotomie tibiale de valgisation associée à une correction de la hauteur rotulienne. Cette reprise risque d'offrir un bénéfice peu productif au patient devant la faible déviation en varus, la progression des lésions chondrales, la chronicité des plaintes et le contexte psycho-social. Elle pourrait toutefois être reconsidérée en cas de progression de la symptomatologie et après un nouvel examen. J'ai proposé au patient de nous recontacter le cas échéant. »

**g)** Par décision du 15 janvier 2018, la CNA a refusé tout droit à une rente d'invalidité à l'assuré au motif que le degré d'invalidité, 9% en l'occurrence, n'était pas suffisant afin de lui octroyer une telle rente. Elle a en outre constaté qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité avait déjà été accordée dans la décision du 22 janvier 2016.

Par acte du 25 janvier 2018, l'assuré a formé opposition à la décision précitée. Le 28 mai 2018, l'assuré a complété son opposition en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité en raison d'un taux d'invalidité égal, respectivement supérieur à 10%. L'assuré a également requis un complément d'instruction permettant de définir avec précision ses capacités professionnelles résiduelles. Il contestait tant le gain de valide que le revenu d'invalidé retenu par la CNA afin de dégager un taux d'invalidité de 9%.

**h)** Par décision sur opposition du 31 juillet 2018, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. Le gain de valide retenu de 66'948 fr., se basant sur les informations transmises par l'ancien employeur de l'intéressé, n'était pas critiquable dans la mesure où aucun élément au dossier ne permettait de conclure en la perception d'un salaire mensuel supérieur à 6'000 francs. Concernant le revenu d'invalidé, ce dernier a également été correctement évalué, retenant un montant de 60'708 francs. Il tenait compte du profil d'exigibilité décrit dans l'appréciation médicale du Dr L.\_\_\_\_\_ du 26 septembre 2017, la Caisse consignait également au dossier cinq descriptions de postes de travail (DPT) afin de déterminer le revenu d'invalidé. La Caisse retenait également que compte tenu des limitations fonctionnelles de l'assuré, ce dernier n'était plus en mesure d'exercer une activité professionnelle sur les chantiers mais que son horizon professionnel ne se limitait pas à une activité dans le domaine de la construction.

**C. a)** Par acte du 12 septembre 2018, D.\_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de son conseil, Me Alessandro Brenci, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens qu'il soit mis au bénéfice d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, subsidiairement à son annulation ainsi qu'à son renvoi pour nouvelle décision. Il contestait le montant du gain de valide retenu par la CNA, soutenant qu'il bénéficiait de responsabilités importantes dans le cadre de son activité professionnelle, soit son activité de coffreur. Il faisait également valoir que le calcul concernant le gain d'invalidé et le raisonnement de la Caisse intimée concernant le refus d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité étaient incomplets. En raison d'un état de santé qui n'avait pas évolué de manière favorable, le recourant alléguait qu'il remplissait les conditions d'octroi afin d'obtenir une rente d'invalidité ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle. L'assuré a également requis l'octroi de l'assistance judiciaire.

**b)** Par réponse du 19 décembre 2018, la CNA, par l'intermédiaire de son conseil, Me Didier Elsig, a conclu au rejet du recours

ainsi qu'à la confirmation de la décision sur opposition attaquée, retenant que sa position était fondée, tant sur le plan médical que sur le plan juridique.

**c)** Répliquant en date du 18 janvier 2019, l'assuré a contesté l'intégralité de l'appréciation réalisée par l'assureur intimé.

### **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.**       Lorsqu'une modification de l'état de fait, déterminante pour le droit à la prestation survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut le cas échéant être effectuée dans le cadre d'une révision de la prestation au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou

encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 125 V 368 consid. 2 et 112 V 371 consid. 2b ; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a).

**4. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

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

Conformément à l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité est réputée incapacité de gain, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2 et les références citées).

**c)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération

les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a; cf. TF 9C\_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 4.1, 8C\_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 5.2 et 9C\_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

**5.** Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA ; TF 8C\_125/2010 du 2 novembre 2010 consid. 2). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus, avec et sans invalidité, et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 130 V 343 consid. 3.4, 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C\_748/2008 arrêt du 10 juin 2009 consid. 2.1).

Est déterminant lors de la comparaison des revenus le moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente (ATF 129 V 222 ; 128 V 174).

Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 p. 325; 129 V 222 consid. 4.3.1 p. 224 et les références).

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé — soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible — le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1). La jurisprudence admet que les DPT, qui reposent sur des postes de travail concrets et permettent de ce fait une approche différenciée des activités exigibles en prenant en compte les limitations dues au handicap de l'assuré, les autres circonstances personnelles et professionnelles, ainsi que les aspects régionaux, constituent une base plus concrète que les données tirées de l'ESS pour apprécier le salaire d'invalidé, même si le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence à l'une ou l'autre de ces méthodes d'évaluation (ATF 129 V 472 consid. 4.2 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *L'assurance-accidents obligatoire*, in *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR]*, 3e éd., Bâle 2016, n ° 236 – 241).

Un abattement en pour-cent du salaire d'invalidé déterminant n'est pas admissible dans le système des DPT (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; TF 8C\_88/2014 du 10 septembre 2014 consid. 3.3 et 8C\_715/2008 du 16 mars 2009 consid. 4.3). 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).

**6. a)** En l'espèce, le recourant semble nier disposer d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles déterminées par l'intimée et conteste les revenus retenus pour calculer le degré d'invalidité.

**b)** Pour ce qui concerne la capacité de travail et les limitations fonctionnelles, le recourant soutient qu'il n'a pas la possibilité de retrouver une quelconque capacité de travail dès lors que son genou comporterait des lésions l'entravant grandement dans sa mobilité. Il ne motive toutefois pas davantage ce grief.

L'intimée a retenu, sur la base du rapport médical du Dr L.\_\_\_\_\_ du 26 septembre 2017, que le recourant est apte à travailler dans un travail adapté à ses limitations fonctionnelles, à savoir qu'il peut exercer un travail sédentaire ou semi-sédentaire, de courts déplacements à plat, mais qu'il doit éviter le port et le soulèvement de charges de plus de 10 kg, de monter ou descendre les escaliers, les pentes ou les échafaudages à répétition, de marcher en terrain irrégulier et de travailler en position accroupie ou à genoux. Ces conclusions ne sont pas contredites par d'autres éléments au dossier. Le Dr P.\_\_\_\_\_ a constaté que le recourant était incapable de reprendre son activité habituelle mais n'a pas conclu à une incapacité de travail en toute activité. Le Dr M.\_\_\_\_\_ s'est prononcé en faveur d'une reconversion professionnelle. Les limitations fonctionnelles retenues tiennent compte des restrictions induites par l'état du genou droit du recourant dans sa mobilité.

Mal fondés, ces moyens doivent être rejetés.

**c)** S'agissant du revenu sans invalidité retenu par l'intimée, le recourant soutient qu'il aurait assumé en sus de son travail de coffreur des responsabilités en tant que chef de chantier au sein de l'entreprise N.\_\_\_\_\_ Sàrl qui n'ont pas été prises en compte.

L'intimée a fixé le gain en cas de validité sur la base des renseignements obtenus en 2015 de l'entreprise de coffrage N.\_\_\_\_\_ Sàrl (66'350 fr., soit 29 fr. de l'heure, multiplié par 2112 heures, plus 8.33%), correspondant au salaire minimum pour un ouvrier de la construction avec connaissances professionnelles de classe B, et en l'indexant jusqu'à 2017 pour finalement obtenir 66'948 francs. Le montant

de base est ainsi celui retenu dans la décision du 22 janvier 2016, confirmée par la Cour de céans en date du 26 octobre 2017, étant précisé que le revenu sans invalidité n'était pas contesté à l'époque.

Depuis lors, le recourant a toutefois connu un nouvel événement le 6 septembre 2016 qui l'a conduit à annoncer une rechute et a donné lieu à une nouvelle prise en charge du cas par l'intimée. Il y a donc lieu de déterminer le revenu sans invalidité au moment de la naissance du droit à la rente qui a été fixé au 1<sup>er</sup> avril 2017 par décision du 29 septembre 2017. Or, le recourant occupait un nouvel emploi avant la rechute. Il s'agissait certes d'un contrat de mission temporaire mais conclu pour une durée indéterminée, dans un domaine d'activité dans lequel le recourant évoluait précédemment, à un poste qui paraît conforme aux compétences professionnelles du recourant (ouvrier qualifié dans la construction A) et pour un revenu adapté à ce genre de poste. Ce nouveau contrat de travail est donc suffisant pour considérer que, sans invalidité, le recourant aurait poursuivi une telle activité professionnelle. Le revenu sans invalidité doit en conséquence être déterminé sur la base de cette relation contractuelle de travail. Le recourant aurait ainsi perçu un salaire annuel de 73'632 fr ([365 jours / 7 x 40,5 heures par semaine] - 10,6%, correspondant aux vacances, soit 1888 heures, multiplié par 39 fr.). Le revenu sans invalidité concernant 2017 est ainsi arrêté à 73'926 fr. 50, compte tenu de l'indexation à 0,4%.

Le grief formé contre l'évaluation du revenu sans invalidité est donc fondé.

**d)** S'agissant du revenu avec invalidité, le recourant fait valoir que le calcul serait incomplet, voire inexistant, et ne permettrait pas de comprendre la base retenue par l'autorité intimée.

Le revenu avec invalidité a été fixé à 60'708 fr. par la CNA sur la base de cinq DPT (les n° [...], n° [...], n° [...], et [...] concernant un poste de collaborateur de production ainsi que le n° [...] concernant un poste d'ouvrier de scierie). Le montant retenu correspond à la moyenne des

salaires minimaux et maximaux des activités en cause pour l'année 2017. Sur le plan médical, le recourant n'expose pas en quoi les DPT retenues contreviendraient à ses limitations fonctionnelles. On constate en revanche que les descriptions de postes de travail concernant des postes de collaborateurs de production et d'ouvrier de scierie présentes au dossier apparaissent comme compatibles avec les limitations présentées par l'assuré. Le recourant ne produit au demeurant aucun élément médical permettant de conclure à l'existence de limitations fonctionnelles plus importantes que celles retenues. En effet, dans le rapport médical établi en date du 13 novembre 2017, le Dr M. \_\_\_\_\_ a notamment proposé au recourant de privilégier un traitement conservateur et encouragé ce dernier à poursuivre les démarches vers une reconversion professionnelle. Il en résulte que la Caisse intimée a correctement fixé le revenu annuel d'invalidé à 60'708 fr. sur la base de descriptions de postes qui sont exigibles. L'intimée a en outre respecté les conditions imposées par la jurisprudence en la matière en produisant un panel de postes pouvant entrer en considération.

Le moyen tiré d'une mauvaise évaluation du revenu avec invalidité doit être rejeté.

**e)** Après comparaison des revenus sans (73'926 fr. 50) et avec invalidité (60'708 fr.), il en résulte un degré d'invalidité de 17,88%, arrondi à 18% (ATF 130 V 121), suffisant pour ouvrir le droit à la rente (cf. art. 18 al. 1 LAA) à compter du 1<sup>er</sup> avril 2017, soit deux mois après la dernière intervention pratiquée par le Dr P. \_\_\_\_\_, conformément à la décision du 29 septembre 2017.

C'est ainsi à juste titre que le recourant a contesté le degré d'invalidité retenu par l'intimée.

**7.** Dans un second moyen, le recourant soutient que le refus de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle (ci-après : IPAI) est illicite.

Or, on relève d'emblée que la décision attaquée ne se prononce pas sur cette question.

La décision du 15 janvier 2018 contre laquelle l'opposition était formée indiquait que le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité avait été examinée et constatait que dite indemnité avait déjà été versée selon décision du 22 janvier 2016. Il y a lieu d'en déduire que l'intimée considérait qu'il n'y avait pas matière à octroyer une indemnité complémentaire. Le recourant a motivé son opposition contre cette décision en faisant valoir uniquement des griefs à l'encontre de la fixation du taux d'invalidité et contre le refus d'une rente. Ainsi, la décision sur opposition attaquée ne se prononce pas sur la question de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Dans ces conditions, les moyens et les conclusions dirigés contre le refus de l'IPAI dans le cadre du présent recours ne sont pas recevables. En effet, en tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a).

Partant, le moyen relatif à l'IPAI est irrecevable.

**8. a)** En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée doit être modifiée en ce sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents fondée sur un degré d'invalidité de 18% dès le 1<sup>er</sup> avril 2017.

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

**c)** Au vu de l'issue du litige, le recourant, qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, a droit à des dépens légèrement réduits qu'il convient de fixer à 2'000 fr. et de les mettre à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA ; art. 10 et 11 TFJDA).

**d)** Le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au conseil d'office au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil du recourant.

**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 du 31 juillet 2018 rendue par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident est réformée en ce sens qu'D.\_\_\_\_\_ a droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents sur un degré d'invalidité de 18% dès le 1<sup>er</sup> avril 2017.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice.
- IV.** La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à D.\_\_\_\_\_ une indemnité de dépens légèrement réduite fixée à 2'000 francs (deux mille francs).

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Brenci, pour le recourant,
- Me Elsig, pour l'intimée,
- l'Office fédéral de la santé publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :