

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 septembre 2019

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
MM. Gutmann et Oppikofer, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

S._____, à [...], recourant, représenté par Me Gautier Lang, avocat à Neuchâtel,

et

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

Art. 4 et 61 let. c LPGA ; 6, 18 al. 1, 24 al. 1 et 25 al. 1 LAA ; 36 al. 1 et 4 OLAA

E n f a i t :

A. a) S._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait comme manœuvre dans le domaine de la construction et était, à ce titre, obligatoirement assuré 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).

Le 25 septembre 2001, l'assuré a été victime d'une lésion en anse de seau luxée du ménisque externe du genou gauche sur un chantier et il s'est soumis à une arthroscopie avec suture méniscale et immobilisation en pansement écossais, effectuée le 19 octobre 2001 par le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique.

La CNA a pris en charge le traitement médical et alloué des indemnités journalières jusqu'au 10 novembre 2002.

b) Le 13 avril 2016, l'assuré, vendeur dans un magasin A._____ à [...] et à ce titre assuré contre les accidents à la CNA, a glissé et s'est cogné le genou gauche contre un mur en rangeant la marchandise dans le dépôt. Consultée le 15 avril 2016, la Dre E._____, spécialiste en médecine interne générale, a attesté un arrêt de travail à 100 % dès le lendemain.

La CNA a alloué ses prestations légales d'assurance pour les suites de cet accident professionnel (courriers du 27 juin 2016).

Entre autres examens radiologiques, une IRM (imagerie par résonance magnétique) du genou gauche, réalisée le 25 avril 2016, a mis en évidence une déchirure du ménisque externe avec luxation en anse de seau d'un gros fragment méniscal au niveau de l'échancrure intercondylienne, dans le contexte d'une gonarthrose fémoro-tibiale externe sévère (rapport du 27 avril 2016 du Centre d'Imagerie Médicale D'[...] [...]). L'assuré a été adressé au Dr P._____, médecin du [...] SA ([...]), à

[...], qui a constaté à l'examen clinique, une extension complète du membre, une légère douleur méniscale externe, pas de limitation des amplitudes articulaires et des ligaments compétents (rapport du 28 avril 2016).

L'assuré s'est soumis à une arthroscopie du genou gauche avec résection de la lésion méniscale externe, réalisée le 20 juin 2016 par le Dr M._____. Il s'est vu prescrire ensuite une série de neuf séances de physiothérapie.

Souffrant de son genou gauche depuis l'accident d'avril 2016, l'assuré a signé, le 6 décembre 2016, une demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée le 8 décembre 2016. Il a bénéficié par la suite de diverses prestations de cette assurance sociale visant sa réintégration sur le marché du travail.

De son côté, l'employeur a résilié les rapports de travail le liant à l'assuré pour le 31 janvier 2017 (rapport d'entretien du 30 novembre 2016 entre l'intéressé et un inspecteur du Service extérieur Care de la CNA).

L'évolution post intervention du 20 juin 2016 était caractérisée par la persistance de douleurs au compartiment externe du genou gauche à l'effort (port de charges ou station debout prolongée) motivant une infiltration par corticostéroïdes réalisée le 16 décembre 2016 (rapport médical intermédiaire du 16 décembre 2016 du Dr M._____).

L'assuré a été examiné, le 30 janvier 2017, par le Dr X._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA. Dans son rapport du même jour, ce praticien a observé notamment une démarche, pieds nus dans la salle d'attente, précautionneuse mais qui s'effectuait sans boiterie. La marche sur les talons était bien réalisée, possible sur la pointe des pieds, l'appui monopodal gauche n'était pas soutenu et l'accroupissement s'interrompait très rapidement. En station debout, les membres inférieurs paraissaient normo-axés, avec une légère

amyotrophie de la cuisse gauche par rapport à droite chez un patient dont la musculature était très développée. En décubitus dorsal, le genou gauche s'étendait complètement. Il était sensible à la moindre sollicitation chez un patient d'emblée dolent et expressif mais qui ne présentait aucun signe réactif local manifeste. L'interligne articulaire externe semblait quand même électivement sensible. La mobilisation était douloureuse à peine amorcée. La flexion était complète (E/F 0-0-140° des deux côtés). Il n'y avait pas de signes méniscaux vrais ni de signes rotuliens nets ni de laxité pathologique. Le quadriceps avait un excellent tonus mais il manquait un peu de force par rapport à droite. Il n'y avait pas d'inégalité de longueur des membres inférieurs. Notant un examen clinique dominé par un comportement douloureux et des autolimitations, le Dr X. _____ a indiqué qu'il était possible que l'intéressé présentât une gonarthrose fémoro-tibiale externe mais qui était surchargée d'éléments fonctionnels. Selon ce médecin, un séjour à la Clinique romande de réadaptation (CRR), à Sion, pouvait être envisagé « au sens d'un complément de rééducation et d'une évaluation plus globale du patient visant à le remettre sur les rails ».

L'assuré a séjourné à la CRR, du 22 février au 21 mars 2017. Dans le rapport de sortie du 20 avril 2017, les Drs Y. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en médecine du sport, et J. _____, médecin-assistant, ont posé les diagnostics suivants :

"DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs persistantes au niveau du genou gauche.

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- 12.04.2016 : traumatisme du genou gauche avec :
 - déchirure en anse de seau luxée du ménisque externe du genou gauche.
- Troubles dégénératifs débutants du genou gauche à prédominance latérale.

Interventions :

- 20.06.2016 : arthroscopie du genou gauche : résection de la lésion méniscale externe.
- 10.03.2017 : infiltration de viscosupplémentation (Ostenil plus) genou gauche.

CO-MORBIDITES

- Migraines.

ANTECEDENTS

- Hernie inguinale opérée à l'âge de 4 ans.
- 25.09.2001 : entorse du genou gauche avec lésion méniscale externe en anse de seau, traitée par arthroscopie (patient déjà hospitalisé à la CRR en 2002).

ALLERGIES

- Aucune connue."

Ces spécialistes se sont exprimés comme il suit sur l'état de santé ainsi que sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré :

"A l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont : à 8 mois de l'opération, le patient se plaint toujours de douleurs au niveau du genou gauche, sur la face externe et sur la face antéro-externe. La douleur est sentie beaucoup plus durant la journée, avec les activités. Le patient déclare une sensation de brûlures et de claquages, sur la face externe du genou. Le genou ne gonfle pas souvent. Le patient estime la douleur sur l'EVA, à 6/10 au repos ; et après les activités, à 8/10. Il estime son périmètre de marche à 15, voire 20 minutes au maximum.

L'examen clinique est décrit ci-dessus.

Examens radiologiques :

25.04.2016 - IRM genou gauche : on voit une déchirure du ménisque externe avec luxation en anse de seau, d'un grand fragment méniscal au niveau de l'échancrure inter-condylienne. La déchirure méniscale touche les cornes antérieure et postérieure. L'anse de seau provient très vraisemblablement de la corne postérieure. Gonarthrose fémoro-tibiale externe sévère.

06.03.2017 - US genou gauche : remaniement des interlignes interne et externe, compatible avec des troubles dégénératifs type gonarthrose débutante. Status après méniscectomie externe. Pas de lésion ligamentaire visible. Absence d'épanchement intra-articulaire.

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

Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent partiellement par les lésions objectives constatées pendant le séjour (Cf. liste diagnostics).

Des facteurs contextuels influencent négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient ainsi que son retour au travail : patient très centré sur la douleur, catastrophisation élevée avec un score PCS à 45 points, auto-évaluation très basse des capacités fonctionnelles avec un score PACT à 37 points qui

correspond à un niveau d'effort moins que sédentaire ou essentiellement assis. Pas de contrat de travail.

Pendant le séjour, le patient a suivi les prises en charge ci-dessous (Cf. rapports annexés) :

- x physiothérapie
- x mini-ECF
- x psychosomatique
- x atelier orthopédie technique

Le traitement antalgique durant le séjour a été basé sur du Dafalgan 4 cp/j.

L'évolution subjective et objective est sans évolution significative (Cf. rapports et tests fonctionnels).

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

Durant le séjour, le patient a eu une évaluation des capacités fonctionnelles version courte (mini-ECF). Le patient a atteint un score PACT à 28 qui correspond à une activité exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis. Au vu des résultats réalisés au cours de l'évaluation, on peut relever que le patient sous-estime considérablement ses aptitudes fonctionnelles. De plus, la volonté de donner le maximum a été jugée insuffisante et le niveau de cohérence durant l'évaluation faible. Les résultats obtenus ne sont donc que le reflet de ce que le patient a consenti à produire.

Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues : port de lourdes charges, activités nécessitant de monter et descendre les escaliers et les échelles, ainsi que la position accroupie et à genou prolongée.

La situation n'est pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles.

Vu que le patient est centré sur la douleur et que la physiothérapie n'a pas aidé durant le séjour, on propose de faire une pause de physiothérapie et de voir l'évolution du genou, après l'infiltration (à réévaluer).

Une stabilisation médicale est attendue dans un délai de 2 mois (effet éventuel de la viscosupplémentation).

Aucune nouvelle intervention n'est proposée.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable, en raison des facteurs non-médicaux (facteurs contextuels).

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est défavorable en raison des facteurs non-médicaux."

Étaient joints à cette appréciation, notamment les documents suivants :

- un rapport du 28 février 2017 relatif à une consultation orthopédique le jour précédent auprès du Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dont on extrait ce qui suit :

“ANAMNESE

Patient de 38 ans, sans certificat professionnel, qui a fait différents métiers en Suisse dont le dernier était vendeur. Actuellement, il a perdu sa place de travail.

Il y a une notion de traumatisme du genou gauche le 12.04.2016 au décours duquel on a trouvé une lésion du ménisque externe du genou gauche importante. Je ne sais pas si la lésion est consécutive à cet accident ou pas. Au moment de l'IRM du 20.06.2016, on voit déjà une lésion assez avancée du ménisque externe avec quasiment plus de corne postérieure, déjà un tout petit début d'extrusion du restant de corne moyenne avec un remodelé osseux de type ostéophytose débutante et un gros morceau de ménisque qui est du côté de l'échancrure. Sur les coupes de profil, on voit bien qu'il y a une déchirure qui vient jusqu'en avant et que la zone déchirée antérieure est encore vaguement en place mais très atteinte de méniscope.

Puis cette image impressionnante de lésion du ménisque externe, le patient a eu une arthroscopie de nettoyage du genou gauche.

Au décours de cette intervention, les plaintes sont à peu près les mêmes, le patient garde une douleur de la face antéro-externe du genou gauche qui est présente lors des premiers pas et aggravée par les efforts. Son périmètre de marche est de 20 minutes. Il ne présente pas d'enflure à répétition du genou gauche. Il a l'impression que ça crochète un petit peu vers 70-80° de flexion mais sans blocage vrai actuellement.

Du point de vue des médicaments, il prend 2 à 3 g de Dafalgan par jour et 550 mg d'Apranax le soir.

Il a fait peu de progrès depuis qu'il est à la CRR. Sur un bilan récent, soit un genou de face, profil et schuss mais sans comparatif du côté sain, on voit qu'il a un gros pincement et un début d'ostéophytose externe du genou gauche.

EXAMEN CLINIQUE

A l'examen clinique, le patient marche assez bien sans boiterie. En position couchée, il lève la jambe tendue. Il a une bonne musculature. Il a un peu mal quand on lui fait des torsions. Il a une flexion complète du genou. Le genou paraît stable dans les deux

plans. Il a un morphotype d'assez bonne corpulence, peut-être un excès pondéral d'1 ou 2 kg, un morphotype plutôt en varus.

APPRECIATION

Le patient a donc maintenant une arthrose débutante du genou gauche du côté externe après une lésion sévère du ménisque externe qui a été nettoyée. Le pronostic est réservé. S'il avait un morphotype en valgus clair on pourrait lui faire une ostéotomie de varisation de 8 ou 9° mais compte tenu de son morphotype et de son aspect plutôt aligné, j'ai peur que si on lui fait une varisation on va lui décompenser son ménisque interne et son compartiment interne dans lequel il y a déjà des tous petits signes de méniscope. En conséquence, je ne ferais donc pas d'ostéotomie chez ce patient. En revanche, la poursuite d'un suivi médical avec peut-être doubler la dose d'Apranax, diminuer le Dafalgan, faire de la viscosupplémentation sous forme d'une injection tous les 6 mois pendant 18 mois peut être une façon de l'encourager à reprendre confiance dans son genou, à accepter une certaine douleur et à essayer de rechercher un emploi. Un suivi avec des radiographies de face, profil et schuss des deux genoux tous les 12 mois me paraît souhaitable pour le futur. Eventuellement, si on voyait qu'un valgus devait apparaître, il faudrait alors faire des clichés d'axe pour l'objectiver et rediscuter d'une éventuelle ostéotomie mais je n'ai pas l'impression qu'on en prend le chemin." ;

- un rapport relatif à l'« Evaluation des capacités fonctionnelles (*version courte*) » du 20 mars 2017, aux termes duquel la physiothérapeute diplômée F._____ a fait les observations suivantes s'agissant de l'effort fourni par l'assuré au terme de quatre semaines de rééducation fonctionnelle à la CRR :

"[...]

Plaintes principales actuelles

Le sujet déclare une douleur permanente au genou gauche (face externe et région sous-rotulienne) avec extension de la mi-jambe à la mi-cuisse ipsi latérale, augmentée par la marche de plus de 15 minutes, la physiothérapie, l'entraînement thérapeutique et la station debout prolongée. Elle n'est pas soulagée par la médication et elle est cotée 7.5/10 sur l'EVA au début de cette évaluation (9.5/10 à la fin). Le sujet ajoute ressentir une douleur à la hanche gauche 2 à 3 fois par semaine (0/10 vs 5/10).

Résultat du PACT (appréciation de ses propres capacités fonctionnelles par le sujet)

Le score de 28 atteint par le sujet avant la réalisation des différents tests correspond, selon la définition donnée par le ministère américain du travail dans la publication Dictionary of Occupational Titles, à des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis.

Au vu des résultats réalisés au cours de l'évaluation, on peut relever que le sujet sous-estime considérablement ses aptitudes fonctionnelles.

Status locomoteur

Met en évidence :

- un sujet se déplaçant avec deux bâtons de marche
- un appui monopodal non tenu à gauche
- un accroupissement profond non réalisé
- des marches et des déplacements avec boiterie
- en assis, un croisement du genou gauche sur le genou droit non réalisé
- des distances doigts-orteils et doigts-sol mesurées respectivement à 20 et 10 cm
- une hypoextensibilité du muscle droit antérieur gauche (talon-fesse : 25 cm)
- un déséquilibre arrière lors de la mobilité active de la nuque en extension.

A noter que tous les déplacements sont réalisés sans bâtons lors de cette évaluation.

Aptitudes / déficits principaux

Pendant l'évaluation, le niveau de participation du sujet est déterminé en comparant sa volonté de fournir et de maintenir un effort maximal aux observations faites par l'évaluatrice sur l'effort fourni par le sujet (*critères objectifs standardisés*). Une *autolimitation* de l'effort signifie que le sujet a mis fin à la tâche avant que l'évaluatrice n'ait pu observer les signes physiques d'un effort maximal sans danger. Par conséquent, les performances réalisées représentent ce que le sujet a accepté de faire plutôt que ses aptitudes physiques maximales.

- Lever du sol à hauteur de la taille : 7.5 kg ; autolimitation (*douleur au genou gauche, « ça chauffe »*).
- Lever de la taille à hauteur de la tête : 7.5 kg ; autolimitation (*idem*).
- Lever horizontalement : 10 kg ; autolimitation (*idem et dépassement du temps imparti pour le test*).
- Porter de la main droite (dominante) : non réalisé avec une caisse de 2.5 kg ; autolimitation (*douleur au genou gauche*).
- Porter de la main gauche (non dominante) : non réalisé avec une caisse de 2.5 kg ; autolimitation (*idem*).
- Travailler au-dessus du niveau de la tête : légèrement limité ; autolimitation (*idem*).
- Position assise : légèrement limitée (le sujet maintenant le membre inférieur gauche en extension).
- Pousser en dynamique (force de poussée : $H = 20 \text{ kp}$) : non réalisé ; autolimitation (*douleur au genou gauche*).
- Tirer en dynamique (force de traction : $H = 20 \text{ kp}$) : non réalisé ; autolimitation (*idem*).
- Monter sur une échelle : non réalisé ; autolimitation (*idem*).

Coopération et cohérences

Au vu de ce qui précède, la volonté de donner le maximum aux différents tests a été insuffisante et le niveau de cohérence pendant l'évaluation a été faible.

Observations de l'évaluateur

La connaissance des techniques de travail ergonomique est moyenne.

Les observations au cours de l'évaluation sont :

- une boiterie
- des frottements de la zone douloureuse
- des mimiques douloureuses
- des soupirs
- des plaintes très fréquentes et spontanées d'une douleur
- aucune excursion de la fréquence cardiaque à l'effort (FC maximale théorique établie à 152).

L'évaluation ne traduit finalement que l'effort auquel le sujet a bien voulu consentir. [...]"

Toujours à l'arrêt de travail pour le motif d'accident attesté par le Dr M._____, l'assuré a bénéficié de mesures d'intervention précoce (MIP) de la part de l'Office de l'assurance-invalidité (OAI) sous la forme d'un stage comme caissier. Selon le Dr X._____, il convenait de réexaminer le cas au terme des mesures de l'assurance-invalidité en vue de sa liquidation (document intitulé « Soumission au médecin d'arrondissement » enregistré le 1^{er} juin 2017 au dossier de la CNA).

Dans un rapport médical intermédiaire du 11 août 2017 à l'intention de la CNA, le Dr M._____ a retenu les diagnostics de déchirure du ménisque externe du genou gauche sur status après suture en 2001 et de gonarthrose externe genou gauche. Confirmant sa précédente appréciation du 16 décembre 2016 (pièce 50), ce médecin a indiqué, s'agissant de la persistance de douleurs, que la déchirure du ménisque externe en 2011 avec suture et les « lésions de chondropathie ++ à l'AS du 20.06.2016 post-traumatiques » jouaient un rôle dans l'évolution du cas. Sous la rubrique « Thérapie », il a mentionné une viscosupplémentation du 8 août 2017 dont les effets devaient être évalués lors d'une consultation ultérieure prévue dans quatre à cinq semaines.

De son côté, l'OAI a mis fin aux MIP en date du 23 juin 2017, sans autres mesures à mettre en place (communication du 9 octobre 2017).

Invité à se présenter à un nouvel examen clinique par le médecin d'arrondissement, l'assuré a ensuite été convoqué par un spécialiste du CHUV en vue d'obtenir un deuxième avis médical demandé

par le service médical de la CNA (courrier du 27 septembre 2017 du Dr X._____ et lettre du 10 janvier 2018 de la CNA). Sur la base de consultations, avec une actualisation du bilan radiologique le 23 janvier 2018 et une nouvelle IRM du 13 février 2018, le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a rendu son rapport le 12 mars 2018 qui se termine comme suit :

“Hypothèse, diagnostique et attitude :
[...]

Le bilan radioclinique réalisé lors des consultations des mois de janvier et février 2018 objective :

- une gonarthrose fémoro-tibiale externe avancée, en légère progression lorsqu'on compare les images de 2018 à celles réalisées environ 2 ans auparavant, en avril 2016.
- un morphotype en léger varus à 2°.
- des remaniements ostéophytaires et morphologiques importants au niveau osseux dans l'interligne fémoro-tibial externe.

J'ai eu une longue discussion avec le patient. Je ne propose pas de reprise chirurgicale. Je pense qu'il faut privilégier, comme l'a suggéré le Dr C._____ lors du séjour à la CRR, un traitement avant tout conservateur. Celui-ci pourrait possiblement être basé sur une réorientation professionnelle. Je rejoins ici les limitations fonctionnelles qui ont été établies lors du séjour à la CRR. Je mentionnerais peut être simplement en plus que le patient doit être orienté vers un travail impliquant des changements de positions réguliers.

Cette attitude conservatrice est renforcée par la discordance notée entre les lésions chondrales visualisées et :

- l'importance des limitations fonctionnelles
- le caractère permanent des douleurs
- la présence de douleurs nocturnes importantes

qui ne sont pas clairement expliquées par les lésions structurelles qui ont pu être identifiées.

Au vu du jeune âge du patient et des facteurs contextuels, je ne retiens pas d'indication pour une prise en charge prothétique. Celle-ci pourrait être reconsidérée en cas de progression de l'atteinte arthrosique dans les années à venir.

Je n'ai pas proposé de nouveau rendez-vous au patient.”

Le 1^{er} mai 2018, le Dr X._____ a constaté un genou gauche paraissant normo-axé, en léger varus, qui était sensible à la mobilisation en fin de course et à la palpation sur son versant externe. Il était à peine plus froid que le droit. Il n'y avait pas d'épanchement ni d'autre signe réactif local. La mobilité était complète. Il n'y avait pas de signes

méniscaux ni de signes rotuliens. Il n'y avait pas de laxité anormale. Le quadriceps avait un excellent tonus mais la force développée à gauche était toujours un peu moins bonne qu'à droite. Sur les radiographies comparatives des genoux en charge du 23 janvier 2018, il était retrouvé une gonarthrose fémoro-tibiale externe relativement avancée avec un important pincement de l'interligne articulaire et un début d'ostéophytose. Si les douleurs en lien avec cette arthrose précoce étaient crédibles, il y avait quand même une discordance entre des plaintes qui restaient très importantes et les constatations objectives de l'examen radio-clinique. Du point de vue thérapeutique, le Dr X. _____ s'accordait avec les médecins consultés pour « en rester là », la situation devant être tenue pour stabilisée du point de vue médical. En ce qui concernait les limitations fonctionnelles, le médecin d'arrondissement de la CNA se référait à celles qui avaient été précisées lors du séjour à la CRR, étant entendu que le Dr B. _____ estimait que l'assuré devait également bénéficier d'un poste de travail où il pouvait alterner les positions. Dans une activité respectant ces limitations, il n'y avait pas de raison que l'intéressé ne puisse pas travailler à plein temps. Le Dr X. _____ proposait, enfin, de fixer à 15 % le taux d'atteinte à l'intégrité, en raison d'une gonarthrose essentiellement fémoro-tibiale externe relativement avancée, laissant cependant une bonne fonction au genou gauche, mais avec une certaine aggravation prévisible. A son avis, il convenait de répartir cette indemnisation par moitié sur chacun des deux accidents.

Le 7 mai 2018, la CNA a écrit à l'assuré qu'elle mettrait fin à la prise en charge du traitement et aux indemnités journalières au 31 mai 2018. Elle statuerait ultérieurement sur le droit à la rente et sur le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) à laquelle l'intéressé avait droit.

Après avoir procédé aux mesures d'instruction idoines (pièces 140 et 141), la CNA a, par décision du 15 mai 2018, refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents en l'absence de diminution notable de la capacité de gain due à l'accident du 13 avril 2016. Les limitations fonctionnelles retenues consistaient en une activité

sans port de charge lourdes, permettant l'alternance des positions assise et debout, sans activité nécessitant la montée et la descente d'échelles ou d'escaliers, ni activité en position accroupie ou à genoux. Conformément à l'art. 16 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), il résultait de la comparaison entre le revenu d'invalidé (58'160 fr.), calculé sur la base des descriptions de postes de travail (DPT) figurant au dossier, et celui que l'assuré aurait pu réaliser en bonne santé dans sa dernière activité (55'757 fr.), aucune perte de gain susceptible de lui ouvrir le droit à la rente. La CNA lui a, en revanche, alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) d'un montant de 19'125 fr. (taux de 15 % [soit 7,5 % {accident du 25.09.2001} + 7,5 % {accident du 13.04.2016}]), sur la base d'un gain assuré de 106'800 fr. en 2001, respectivement de 148'200 francs en 2016. Cette prestation a été versée le jour même à son bénéficiaire.

A l'appui de son opposition formée les 14 juin et 20 août 2018 contre cette décision, l'assuré, désormais assisté de son avocat, a contesté l'avis du médecin d'arrondissement de la CNA quant à la capacité de travail ainsi que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité évaluée à 15 %. Il demandait à la CNA de lui reconnaître le droit à une rente d'invalidité de 100 % dès le 1^{er} juin 2018 et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 % ; subsidiairement, il a requis une expertise médicale pour évaluer sa capacité de travail résiduelle.

Le Dr X. _____ a complété comme suit son appréciation médicale le 5 octobre 2018 :

“Je rappelle que c'est à ma demande que M. S. _____ a été examiné par le DrB. _____ le 23.01.2018 et revu le 13.02.2018, après que le bilan radiologique ait été actualisé.

Il a retenu une gonarthrose fémoro-tibiale externe G [gauche] avancée, en légère progression par rapport à la situation qui prévalait 2 ans auparavant mais comme moi, il a aussi relevé que l'importance des douleurs et des limitations fonctionnelles avancées n'était pas clairement expliquée par les lésions structurelles identifiées.

C'est une des raisons pour lesquelles, il a préconisé la poursuite du traitement conservateur, évoquant également le jeune âge du patient et des facteurs contextuels.

S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, il convient de prendre en compte l'image radiologique mais également les constatations objectives de l'examen clinique.

Le genou G de M. S. _____ est calme, sans aucun signe réactif local. Il a une mobilité complète et une bonne force. Il n'y a pas de laxité pathologique. La musculature est conservée.

On doit donc conclure que la gonarthrose laisse une bonne, voire une très bonne fonction au genou G.

A cet égard, il n'est pas inutile de rappeler que la table 1 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20], détail N°2870/1.f-2000, ne retient un taux de 15% que pour un genou mobile entre 10° et 60° (E/F 0-10-60) alors que M. S. _____ a une mobilité complète (E/F 0-0-140).

Quant à la table 5 du même barème, elle précise qu'une prothèse avec un bon résultat correspond à une atteinte à l'intégrité de 20%.

Le fait que le TFA [Tribunal fédéral des assurances] estime qu'il convient de se référer à la situation qui prévalait juste avant la mise en place de la prothèse, ce qui est médicalement difficile à comprendre, ne change rien à cette estimation, de surcroît probablement obsolète, car éditée à une époque où le résultat d'une prothèse était moins bon qu'actuellement et sa durée de vie plus courte.

Quant au taux évoqué par le mandataire de l'assuré (25 voire 30%), il correspond à un genou qui serait totalement bloqué ou à une prothèse avec un mauvais résultat.

Au vu de ce qui précède, le taux retenu pour M. S. _____ me semble tout à fait correct, prenant en compte une certaine aggravation prévisible mais devant être revu au cas où une prothèse devrait finalement être mise en place, selon le résultat de celle-ci, respectivement selon le TFA, en prenant en compte la situation juste avant la mise en place de l'implant."

Après avoir recueilli les observations de l'assuré sur l'instruction supplémentaire mise en œuvre (courrier du 2 novembre 2018), la CNA a, par décision du 19 novembre 2018, rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 15 mai 2018.

B. **a)** Par acte du 7 janvier 2019, S. _____, représenté par Me Gautier Lang, a déféré cette décision sur opposition devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à

l'allocation d'une rente complète d'invalidité dès le 1^{er} juin 2018 ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 30 % calculée sur le gain assuré d'avril 2016. Subsidiairement, il a conclu à son annulation et à la mise en œuvre d'une expertise en vue de déterminer son droit à une rente d'invalidité et à l'allocation d'une IPAI de 30 % calculée sur le gain assuré d'avril 2016 ; plus subsidiairement encore, au renvoi de la cause à la CNA pour instruction complémentaire. En premier lieu, il qualifie d'insuffisantes les investigations menées sur le plan médical, soutenant présenter une totale incapacité de travail en toute activité sur la base des avis recueillis au dossier, en particulier celui du Dr M._____. Il conteste ensuite tant le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité que le montant du gain assuré retenu, étant d'avis qu'il se justifie de fixer un taux de 30 % pour le seul accident du 13 avril 2016 en présence d'une « gravité sévère de l'arthrose du recourant, qui ne pourra que se péjorer encore à l'avenir ».

b) Dans sa réponse du 19 mars 2019, la CNA a conclu au rejet du recours et à la *reformatio in pejus* de la décision querellée, en ce sens que le montant de l'IPAI est fixé à 16'848 francs. Subsidiairement, elle a proposé le rejet du recours et la confirmation de sa décision sur opposition, une instruction médicale complémentaire ne se justifiant pas. En annexe à son mémoire, elle produit une appréciation médicale du 6 mars 2019 du Dr V._____, médecin du centre de compétences de la CNA, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie, qui se termine comme suit :

“Conclusions

Nous confirmons une indemnité pour atteinte à l'intégrité au taux de 15 % chez Monsieur S._____.

Monsieur S._____ présente radiologiquement une arthrose moyenne à grave - 30%, mais uniquement du compartiment fémoro-tibial externe - 15%.

La fonction du genou gauche chez Monsieur S._____ est normale. Aucune nouvelle sanction chirurgicale - approche prothétique y comprise - n'a été retenue par les différents intervenants.

En tenant compte d'une évolution progressive de l'arthrose, chez Monsieur S._____ depuis 2001 avec en avril 2016 la présence avérée de l'arthrose du compartiment fémoro-tibial externe gauche, puis une très légère aggravation du versant tibial externe constaté en 2018, nous retenons une répartition de 13 % de l'indemnité pour

atteinte à l'intégrité en regard de l'accident de 2001, contre 2 % pour celui de 2016.

En médecine, il n'est pas possible de prédire le cours naturel de l'évolution d'une maladie, que ce soit l'arthrose ou autres. C'est principalement la gravité de l'arthrose au moment de l'éventuelle implantation de la prothèse, qui permet de définir le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, chez Monsieur S._____, en cas de développement d'une arthrose fémoro-tibiale interne ou pangonarthrose à gauche."

c) Le 12 avril 2019, en réplique, le recourant a confirmé ses précédentes conclusions. Il reproche à la CNA de ne pas avoir cherché à obtenir des renseignements complémentaires auprès du Dr M._____ en lui préférant l'avis du Dr V._____ « non probant », et invoque une violation de l'art. 36 al. 4 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), dès lors que l'évaluation ne tient pas compte d'une aggravation prévisible.

d) Dans sa duplique du 7 mai 2019, la CNA a confirmé les conclusions prises à l'appui de son mémoire-réponse du 19 mars 2019. Elle observe que l'appréciation chirurgicale du Dr V._____ a valeur probante et que l'aggravation de l'atteinte arthrosique du genou gauche n'est pas établie.

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). 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 compte tenu des fêtes (art. art. 38 al. 4 let. c LPGA) 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 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.

b) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

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

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).

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

4. a) En ce qui concerne le droit à la rente d'invalidité, le recourant conteste le point de vue de l'intimée, en tant que celle-ci se base sur l'évaluation médicale du Dr X._____, selon laquelle, la capacité de travail est totale dans une activité adaptée au handicap physique de l'intéressé. De son côté, le recourant oppose le fait que son handicap et les douleurs dues à l'accident l'ont contraint à abandonner le stage de caissier débuté dans le cadre des mesures mises en œuvre par l'OAI ; il fait grief à l'intimée de ne pas avoir correctement examiné le caractère exigible de la poursuite d'une activité professionnelle au regard de la totale incapacité de travail attestée, notamment par le Dr M._____.

b) Contrairement aux critiques formulées, il convient de constater que, pour son évaluation du cas, l'intimée a pris en compte les avis médicaux du Dr M._____, notamment. Sur le plan médical, il est constant que le recourant présente un tableau clinique caractérisé par une atteinte à son genou gauche. Le Dr C._____, le 28 février 2017, indique qu'au moment de l'IRM du 20 juin 2016, on constatait déjà une lésion assez avancée et que le recourant marchait sans boiterie (cf. également le rapport du 28 avril 2016 du Dr P._____ et le rapport d'examen du 30 janvier 2017 du X._____ p. 3). Ses constatations rejoignent celles du médecin-conseil de l'intimée. Le rapport des Drs Y._____ et J._____ de

la CRR du 20 avril 2017 et ses annexes - dont il ressort que le recourant est constamment dans l'autolimitation - vont dans le même sens que le médecin d'arrondissement de la CNA, en particulier en retenant que les plaintes et les limitations fonctionnelles s'expliquent partiellement par les lésions objectives constatées pendant le séjour et que les facteurs contextuels influencent négativement les aptitudes fonctionnelles. Ainsi, le recourant sous-estime-t-il considérablement ses aptitudes fonctionnelles, le niveau de cohérence est faible, et le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée est défavorable en raison de facteurs non médicaux. Le 12 mars 2018, le Dr B. _____ observe une discordance entre les lésions structurelles visualisées et l'importance des limitations fonctionnelles, le caractère permanent des douleurs et la présence de douleurs nocturnes importantes (cf. pièce 127 p. 3). Sur le plan thérapeutique, il ne retient pas de prise en charge prothétique vu le jeune âge du patient (trente-huit ans) et les facteurs contextuels, préconisant un traitement avant tout conservateur. Il considère dès lors qu'une réorientation professionnelle est possible en tenant compte des limitations fonctionnelles retenues lors du séjour à la CRR (cf. pièce 127 p. 3 et 4). Les 1^{er} mai et 5 octobre 2018, le Dr X. _____ conclut, pour sa part, que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, à savoir dans une activité réalisée essentiellement sans le port de charges lourdes et sans marche prolongée en terrain accidenté, tout en permettant l'alternance de la position assise et de la position debout. Cette appréciation est corroborée par les pièces médicales au dossier, dans la mesure où le médecin d'arrondissement de la CNA - suivi ensuite par l'intimée dans sa décision - fait siennes les limitations fonctionnelles listées durant le séjour à la CRR en y ajoutant l'alternance des positions, conformément à l'avis du Dr B. _____.

c) Rien au dossier ne permet de remettre en cause ce point de vue. L'avis médical de l'intimée est donc bien motivé et corroboré par d'autres avis médicaux ; il a pleine valeur probante au sens de la jurisprudence (cf. consid. 3c et 3d supra). Les attestations d'incapacité de travail du médecin traitant ne sont pas de nature à mettre en doute les constatations du médecin-conseil de la CNA. La capacité de travail totale

dans une activité adaptée au handicap physique du recourant doit être admise et elle est exigible. Le grief est mal fondé et doit être rejeté.

d) Pour le reste, c'est à juste titre que l'intimée a procédé à une comparaison des revenus (au sens de l'art. 16 LPGA), dont il est résulté l'absence de diminution notable de la capacité de gain due à l'accident du 13 avril 2016 compte tenu d'un revenu d'invalidité d'un montant supérieur à celui auquel le recourant aurait pu prétendre sans invalidité, excluant le droit à une rente d'invalidité (cf. art. 18 al. 1 LAA). Le recourant ne formule au demeurant aucun grief sur les revenus avec (58'160 fr.) et sans invalidité (55'757 fr.) retenus.

5. a) Le recourant reproche également à l'intimée une estimation incorrecte de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à laquelle il a droit. Il prétend à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 %.

b) 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 133 V 224 consid. 2.2).

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).

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.

Pour évaluer l'atteinte à l'intégrité en cas d'implantation de prothèses, respectivement d'endoprothèses, il convient de se fonder sur l'état de santé non corrigé, comme en cas de remise de moyens

auxiliaires. Cette règle s'applique même si les prothèses ne sont pas mentionnées au chiffre 1, alinéa 4, de l'annexe 3 à l'OLAA. En effet, selon la jurisprudence, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité vise dans ces cas à compenser, du moins en partie, l'atteinte physique ou psychique en tant que telle, et non pas les conséquences de celle-ci sur les fonctions de la vie ou le mode de vie en général (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, *in*: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR] vol. XIV, 3ème éd., Bâle 2016, p. 1001 n. 321 sv. ; TF 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 7.3 et les références). Selon la table 5 concernant les atteintes résultant d'arthroses avant l'implant, l'arthrose fémoro-tibiale grave correspond à une atteinte de 15 % à 30 %.

c) aa) Pour le genou gauche, il convient de constater que les critères ont changé entre l'évaluation faite par le Dr X._____ et celle par le Dr V._____ en cours de procédure de recours en se fondant principalement sur les constatations objectives du bilan radio-clinique réalisé lors des consultations des mois de janvier et février 2018 au service d'orthopédie et traumatologie du CHUV (Dr B._____).

L'évaluation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est également fondée sur des constats médicaux motivés. Ainsi, le Dr V._____ estime, dans son appréciation chirurgicale du 6 mars 2019, que l'atteinte à l'intégrité avant la mise en place de la prothèse s'élève, s'agissant d'une arthrose fémoro-tibiale d'importance grave, à 15 % selon la table 5 des atteintes à l'intégrité selon la LAA, soit le minimum de l'arthrose grave. Il s'est fondé sur les dernières évaluations médicales au dossier, en particulier l'IRM du 13 février 2018, procédé qui échappe à la critique.

bb) Aux termes de l'art. 36 al. 4 OLAA, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité ; une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible. Cette règle ne vise toutefois que les

aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (RAMA 1998 no U 320 p. 602 consid. 3b et la référence).

Dans la mesure où, selon le recourant, il s'agirait de calculer l'indemnité pour atteinte à l'intégrité uniquement sur le montant du gain assuré de 2016, on observera que le Dr X. _____ a retenu, les 1^{er} mai et 5 octobre 2018, que le taux de l'atteinte à l'intégrité devait se répartir par moitié sur chacun des deux accidents (pour rappel, de 2001 et 2016), la gonarthrose existant déjà avant le second accident. L'appréciation de ce spécialiste est établie en pleine connaissance de l'anamnèse et du status médical de l'assuré : de bonne facture, dûment motivée, il convient de lui attribuer pleine valeur probante.

Dès lors que l'IPAI est fixée pour une arthrose qualifiée de grave et que la pose d'une prothèse n'est pas envisagée (ce qui ressort du dossier), à supposer que la survenance d'une future aggravation de l'atteinte à la santé puisse être considérée comme une circonstance établie, cette aggravation n'en est pour autant pas quantifiable, si bien qu'elle ne peut être prise en considération au-delà du stade avant prothèse (TFA U 173/00 du 22 septembre 2000 consid. 2). En l'état, il n'y a donc aucun élément pour retenir une aggravation de la situation médicale, ce qui justifie de se rallier au raisonnement du Dr V. _____ sur ce point également. L'estimation faite en l'espèce n'exclut toutefois pas une indemnisation complémentaire si, à l'avenir, l'atteinte venait à s'aggraver de façon importante et durable, exigeant la pose d'une prothèse.

cc) Pour ce qui concerne le rapport de 13 % pour l'accident de 2001 et 2 % pour celui de 2016, on observe que le Dr V. _____ estime « plausible » que l'arthrose fémoro-tibiale externe du genou gauche s'est principalement développée suite à l'accident de 2001 (cf. appréciation médicale du 6 mars 2019 p. 14). S'il est constant que celle-ci s'est en partie développée avant 2016, ce qui résulte de l'examen des IRM de 2016 et du rapport du 16 décembre 2016 du Dr M. _____ (cf. également le rapport de consultation orthopédique du 28 février 2017 du Dr C. _____, le rapport de sortie du 20 avril 2017 des Drs Y. _____ et J. _____ ainsi

que le rapport du 11 août 2017 du Dr M. _____ qui le confirment), il n'y a néanmoins aucun élément objectif permettant de faire remonter un tel pourcentage de la cause à l'accident de 2001. Dans ces conditions, il convient de s'en tenir à la répartition par moitié faite par le Dr X. _____ le 1^{er} mai 2018.

dd) Aussi y a-t-il lieu de constater en définitive que l'intimée, en allouant une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %, à savoir 7,5 % (accident du 25 septembre 2001) + 7,5 % (accident du 13 avril 2016), a indemnisé de façon correcte le recourant pour l'atteinte à son genou gauche. Ce moyen doit être rejeté et la décision confirmée sur ce point.

6. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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

c) Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 19 novembre 2018 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

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

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :