

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 novembre 2019

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Röthenbacher, juge, et M. Reinberg, assesseur
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Flore Primault, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6, 10, 16, 18 et 24 LAA et 3 OLAA

E n f a i t :

A. a) A. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) travaillait comme aide-ferblantier pour B. _____ SNC. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

b) Le 16 février 2015, en descendant un escalier avec un carton, l'assuré a glissé en portant de lourdes charges, raté deux marches d'escaliers, s'est tordu le genou et a chuté. Il en a résulté une déchirure du ligament croisé antérieur, une déchirure du ménisque interne et externe (cf. Rapport du 12 mars 2015 et protocole opératoire du 20 avril 2015 du Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et rapport d'IRM [imagerie par résonance magnétique] du 3 mars 2015 de la Dre D. _____, spécialiste en radiologie). Depuis l'accident, l'assuré s'est retrouvé en complète incapacité de travail.

c) Une radiographie effectuée le 26 février 2015 a montré une arthrose postérieure et un pincement interne, conduisant le Dr C. _____ à commander une IRM du genou gauche. Cet examen a révélé au niveau du compartiment interne un pincement fémoro-tibial interne avec un léger amincissement du cartilage, un net amincissement de la portion intermédiaire du ménisque avec une corne postérieure déchirée, repliée sur elle-même et extrusée postérieurement, ainsi qu'une ostéophytose des berges fémoro-tibiales internes. Au niveau de compartiment externe, l'examen a montré un pincement fémoro-tibial externe associé à une ostéophytose des berges et amincissement du cartilage sur les deux versants avec une plage d'œdème sous-chondral sur le versant condylien. Le rapport a qualifié la chondropathie du compartiment externe d'assez sévère et relevé une atteinte dégénérative et une extrusion de la portion intermédiaire du ménisque externe et de sa corne postérieure avec de probables séquelles post-opératoires (rapport du 3 mars 2015 de la Dre D. _____).

Le 20 avril 2015, l'assuré a bénéficié d'une arthroscopie du genou gauche, d'une méniscectomie interne partielle, d'une méniscectomie externe partielle, d'une toilette articulaire avec plastie de l'échancrure puis plastie du ligament croisé antérieur selon la méthode TLS en prenant le demi-tendineux, ainsi que d'un lissage cartilagineux (protocole opératoire du 20 avril 2015 du Dr C._____).

Par communication du 3 juin 2015, la CNA a alloué à l'assuré les prestations légales d'assurance en rapport avec l'accident professionnel du 16 février 2015.

A l'occasion d'un entretien avec la CNA le 10 septembre 2015, l'assuré a indiqué que son genou gauche avait enflé à la suite d'un choc en 2011, mais que cela avait passé rapidement (cf. rapport d'entretien du 14 septembre 2015).

Le 20 octobre 2015, le Dr C._____ a estimé que son patient pouvait reprendre son activité au taux de 50 % dès le 1^{er} novembre 2015.

L'assuré a été licencié par B._____ SNC pour le 1^{er} novembre 2015.

L'intéressé a été examiné le 13 novembre 2015 par le Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de la CNA. Dans son rapport du même jour, le Dr E._____ a confirmé la reprise à 50 % au 1^{er} novembre 2015 et indiqué que l'activité professionnelle pouvait être reprise à 100 % dès le 30 novembre 2015. Il a indiqué que le résultat de l'opération du 20 avril 2015 était moyen en terme de stabilité du genou gauche puisqu'il persistait un phénomène de Pivot-Shift à l'examen clinique avec, au Lachmann, une course prolongée et un arrêt dur. Chez un assuré travaillant sur des terrains irréguliers et des toits, on pouvait s'attendre possiblement à des difficultés lors de la reprise de travail dans l'ancienne activité de ferblantier. Le Dr E._____ a indiqué qu'un bilan final devrait

être effectué à un an de l'opération du 20 avril 2015 pour évaluer le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, ainsi que pour fixer une exigibilité professionnelle et se prononcer sur d'éventuelles limitations.

d) Le 1^{er} février 2016, l'assuré a retrouvé un travail en qualité de maçon à 100 % pour F._____. A la suite d'un accident de football, l'assuré s'est retrouvé en incapacité de travail à 50 % le 15 septembre 2016 puis en incapacité totale dès le 16 septembre 2016 (cf. déclaration d'accident du 15 septembre 2016 et attestation du Dr C._____ du 15 septembre 2016).

A l'issue d'un examen IRM du 20 septembre 2016, le Prof. G._____, spécialiste en radiologie a identifié une déchirure comminutive méniscale externe associée à une incompétence du ligament croisé antérieur et une gonarthrose tricompartmentale prédominante au niveau du compartiment externe.

Le 18 octobre 2016, l'assuré a bénéficié d'une arthroscopie du genou gauche, d'une méniscectomie interne partielle, d'une méniscectomie externe partielle, d'un toilette articulaire au shaver et d'un lissage cartilagineux (protocole opératoire du 18 octobre 2016 du Dr C._____).

La CNA a pris en charge le cas selon notice interne du 3 novembre 2016 du Dr H._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement.

e) A la suite d'une déchirure du ligament croisé antérieur à gauche et d'une petite déchirure de la corne postérieure du ménisque interne, l'assuré a bénéficié le 17 janvier 2017 d'une arthroscopie du genou gauche avec méniscectomie interne partielle a minima puis plastie du ligament croisé antérieur selon Kenneth Jones (protocole opératoire du 17 janvier 2017 du Dr C._____).

L'assuré a séjourné à la Clinique de réadaptation I._____ (ci-après : la Clinique de réadaptation I._____) du 18 juillet au 22 août 2017. Dans le cadre de son séjour, il a été victime d'un traumatisme à la cheville gauche le 03 août 2017 lors d'une évaluation sur machine d'isocinétique. Toujours pendant ce séjour, il a adressé le 8 août 2017 une demande de prestations à l'Office de l'assurance-invalidité pour le Canton de Vaud (ci-après : l'OAI) au motif de douleurs et limitations fonctionnelles au genou gauche.

Dans un rapport du 15 septembre 2017, la Clinique de réadaptation I._____ (Dres J._____, médecin praticienne et K._____, médecin-assistante) a retenu les diagnostics de thérapies physiques et fonctionnelles pour gonalgies gauches, de traumatisme genou gauche et rupture du ligament croisé antérieur, de lésions des ménisques interne et externe (accident du 16 février 2015), de traumatisme du genou gauche en jouant au football (accident du 15 septembre 2016), de déchirure comminutive méniscale externe, d'incompétence plastie du ligament croisé antérieur, de gonarthrose tricompartmentale prédominante au compartiment externe (IRM du genou gauche du 20 septembre 2016) et de traumatisme de la cheville gauche (lors d'une évaluation sur machine d'isocinétique le 3 août 2017). Dans leur rapport, les médecins de la Clinique de réadaptation I._____ ont mis en garde contre le risque d'arthrose du genou à long terme en raison des deux plasties du ligament croisé antérieur et des trois résections méniscales. Elles ont arrêté les limitations fonctionnelles suivantes : pas de positions à genoux ou accroupies, de ports de charges moyennement lourdes, d'utilisation répétée d'escaliers ou de recours à des échelles avec ports de charges. Dans une activité respectant ces limitations fonctionnelles, il y avait une pleine capacité de travail. Les radiographies et IRM commandées par la Clinique de réadaptation I._____ montraient un début de gonarthrose gauche notamment en externe (rapports des 24 juillet et 2 août 2017 du Dr L._____, spécialiste en radiologie). La consultation orthopédique a en outre indiqué que l'assuré ferait une arthrose du genou dans dix ans (rapport du 15 août 2017 du Dr M._____, spécialiste en chirurgie

orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin consultant pour la Clinique de réadaptation I._____).

f) Le 10 janvier 2018, le Dr H._____ a procédé à l'examen final de l'assuré. Ce spécialiste a constaté qu'objectivement, le genou gauche était sec. Il présentait une très discrète hyperthermie. La mobilisation s'effectuait librement. La flexion était complète. Il n'y avait pas de signes méniscaux. Les signes rotuliens étaient bilatéralement positifs, légèrement douloureux à gauche. En extension, le genou gauche était verrouillé. Il n'y avait pas de laxité dans le plan frontal ni de tiroir. La course du Lachman était à peine allongée, mais présentait un bon arrêt. Le quadriceps avait un excellent tonus et une très bonne force malgré une amyotrophie modérée de la cuisse gauche. Le médecin d'arrondissement a relevé, sur les radiographies comparatives des genoux en charge du 24 juillet 2017, une gonarthrose tricompartmentale débutante à gauche, ainsi qu'un status après plastie du ligament croisé antérieur, ce qui se retrouvait aussi sur une arthro-IRM à la même date. Il a noté que des altérations dégénératives du genou gauche étaient déjà présentes sur des clichés du 26 février 2015 et sur l'IRM du 3 mars 2015. Pour le Dr H._____, le bien-fondé d'un reclassement professionnel était établi et les limitations fonctionnelles retenues lors du séjour à la Clinique de réadaptation I._____ qualifiées de définitives. Dans une activité respectant ces limitations, la capacité de travail était entière. Se référant à la table 5 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N° 2870/5.f-2000, le Dr H._____ a retenu un taux de 15 % en présence d'une gonarthrose gauche tricompartmentale débutante, estimation qui prenait en compte une certaine aggravation prévisible. L'état antérieur patent justifiait une réduction de 50 %, de sorte que le taux net d'atteinte à l'intégrité se montait ainsi à 7,5 %.

Par courrier du 16 janvier 2018, B._____ SNC a indiqué que l'assuré réalisait avant l'accident un revenu horaire de 30 fr. 50, auquel s'ajoutait une indemnité de vacances de 8,33 %. La Convention collective de travail de la ferblanterie, de la couverture, de l'installation sanitaire, du chauffage, de la climatisation et de la ventilation dans le Canton de Vaud

du 1^{er} janvier 2012 prévoyait quant à elle une durée de travail hebdomadaire de 41,25 heures.

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 (DPT). Elle a sélectionné cinq fiches de postes actuels dans le canton de Vaud, savoir : n^{os} 8456 (fabriquant d'instruments de mesure, assemblage général), 8796472 (technicien d'exploitation, cariste et tri des déchets), 9822 (employé de garage, magasinier), 772267 (collaborateur de production, cariste) et 11023258 (collaborateur de production, chauffeur-livreur). Le revenu avec invalidité retenu par la CNA correspondait à la moyenne des revenus de ces cinq postes.

Le 11 janvier 2018, la CNA a constaté que le cas de son assuré était stabilisé. Elle a en conséquence mis fin à ses prestations au 31 janvier 2018.

g) Par décision du 7 février 2018, la CNA a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 9'450 fr., correspondant à un taux de 7,5 %. Elle a refusé l'allocation d'une rente d'invalidité, en retenant un revenu d'invalidé de 5'405 fr. fondé sur les DPT et un revenu sans invalidité de 5'906 francs. Elle a considéré que la perte de gain subie s'élevait ainsi à 8 %, taux insuffisant à ouvrir le droit à la rente. A l'appui de sa décision, la CNA a indiqué que selon ses investigations, l'assuré était à même d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie, à condition de ne pas trop mettre à contribution son genou gauche. Une telle activité était exigible durant toute la journée et lui permettrait de réaliser un revenu de 5'405 fr. par mois (part au 13^e salaire comprise). Comparé au gain de 5'906 fr. réalisable sans l'accident, il en résultait une perte de revenu de 8 %.

Le 12 mars 2018, l'assuré, représenté par son conseil Me Flore Primault, s'est opposé à la décision susmentionnée, alléguant être en phase de réadaptation par l'assurance invalidité et ne pas bénéficier d'une

capacité de travail de 100 %. Il a en outre contesté les revenus et le degré d'invalidité retenus par la CNA. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'assuré a contesté la retenue de 50 % opérée par le Dr H._____. Il a produit, en annexe à son opposition, un rapport du Dr C._____ du 12 février 2018 qui confirmait une entière incapacité de travail dans l'activité habituelle et une capacité de travail totale dans une activité adaptée conformément au rapport établi par la Clinique de réadaptation I._____.

Le 31 mai 2018, l'assuré a complété son opposition. Il a précisé, s'agissant du revenu avec invalidité, que celui-ci se montait plutôt à 4'800 fr. au terme de la formation de cariste, ce qui aboutissait à un degré d'invalidité de 18 %.

Par contrat de mission du 25 juin 2018, l'assuré a été engagé par O._____ SA pour un placement chez P._____ SA à 100 % en qualité de cariste, avec formation rémunérée de magasinier-cariste. Le premier exemplaire dudit contrat, produit le 28 juin 2018 par le conseil de l'assuré dans le cadre de la procédure d'opposition, n'est signé que de l'employeur et prévoit une durée de trois mois. Le contrat de mission produit le 10 janvier 2019 dans le cadre de la procédure judiciaire prévoit en revanche une durée indéterminée. Ce dernier est signé par O._____ SA et A._____. Le salaire brut avec vacances, jours fériés et treizième salaire s'élevait à 25 fr. par heure, soit 4'100 fr. par mois compte tenu d'un horaire mensuel de 41 heures.

h) Par décision sur opposition du 23 novembre 2018, la CNA a confirmé la décision du 7 février 2018, reprenant la même motivation. S'agissant en particulier du contrat de mission produit, la CNA a considéré que dite mission était limitée à trois mois et qu'à ce titre, l'on ne pouvait pas se fonder sur la rémunération mensuelle de 4'100 fr. articulée dans l'opposition du fait que l'assuré devait, en dépit de son atteinte à la santé, se conformer à l'obligation de limiter le dommage et exercer, sur le marché général du travail, une activité lucrative permettant d'obtenir un revenu conforme aux DPT sélectionnés. Elle a pour le surplus observé que

le recours à l'ESS, tel que retenu par l'OAI, n'aboutissait pas à un résultat différent. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la CNA a considéré que les radiographies du 26 février 2015 et l'IRM du 3 mars 2015 mettaient déjà en exergue des altérations dégénératives. Il se justifiait ainsi de réduire le taux d'atteinte à l'intégrité de 50 % sans recourir à une expertise, le rapport du Dr H. _____ étant probant.

B. **a)** En parallèle et durant son séjour à la Clinique de réadaptation I. _____, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 9 août 2017 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

b) Par communication du 13 décembre 2017, l'OAI a pris en charge des mesures d'intervention précoce sous la forme d'un reconditionnement socio-professionnel auprès de la Fondation N. _____.

c) Par communication du 17 avril 2018, l'OAI a prolongé la mesure de reconditionnement du 1^{er} avril au 30 juin 2018.

d) Par communication du 15 mai 2018, l'OAI a pris en charge les frais pour la formation de cariste auprès de l'Association R. _____.

e) Par décision du 9 octobre 2018 et motivation séparée du 8 octobre 2018, confirmant un projet de décision du 2 août 2018, l'OAI a refusé à l'assuré le service d'une rente d'invalidité. Il a considéré que l'assuré avait commencé une mission temporaire, par définition limitée dans le temps, qui n'excluait pas l'application de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). Sur cette base, l'OAI a retenu un revenu sans atteinte à la santé de 71'490 fr. 45 et un revenu d'invalidité de 68'129 fr. 86. Le degré d'invalidité se montait donc à 4,7 % pour une perte de revenu de 3'360 fr. 59.

C. **a)** Par acte du 10 janvier 2019. A. _____, assisté de Me Flore Primault, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a préalablement conclu à la mise en

œuvre d'une expertise judiciaire afin d'apprécier le taux d'atteinte à l'intégrité. Principalement, il a conclu à l'annulation de la décision sur opposition du 23 novembre 2018 et au constat d'un degré d'invalidité supérieur à 10 %, ouvrant le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents. Il a également conclu à ce que le taux d'atteinte à l'intégrité soit arrêté à 15 %. Subsidiairement, le recourant a conclu à l'annulation de la décision en cause et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

b) Dans la réponse du 12 mars 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours.

c) Par réplique du 20 juin 2019, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a produit un contrat de travail de durée indéterminée par lequel P. _____ SA l'a engagé comme cariste avec effet au 1^{er} avril 2019.

d) Par courrier du 26 juin 2019, l'intimée a renoncé à dupliquer, maintenant ses conclusions et se référant à ses précédentes écritures.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (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).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales

(art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, singulièrement sur la fixation de son degré d'invalidité, respectivement du montant du revenu avec invalidité. Il porte également sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA par renvoi de l'art. 18 al. 1 LAA). Est réputée incapacité de gain 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, 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (première phrase). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (deuxième phrase).

b) 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).

c) 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).

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 ; Moser-Szeless, Commentaire de la LPGGA, 2016, n. 30 ad. art. 16 LPGGA). 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 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 particulièrement 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 ; 135 V 297 consid. 5.2). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe

que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2 ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht Soziale Sicherheit, 3^e éd. 2016, n. 233 p. 978).

Il s'agira en revanche de se fonder sur un revenu hypothétique lorsque l'assuré ne met pas - ou pas pleinement - à profit sa capacité de travail après l'accident (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 234 p. 978). Dans ce cas, la jurisprudence a dégagé deux méthodes d'évaluation du revenu d'invalidé : la première se fonde sur les données salariales publiées par l'Office Fédéral de la Statistique (OFS) dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) qui est publiée sur un rythme bisannuel ; la seconde repose sur les données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) récoltées par la CNA (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 et les références citées ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 235 à 239 p. 978 à 980).

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, op. cit., n. 240 p. 980).

4. a) Le recourant conteste le revenu avec invalidité retenu par l'intimée sur la base de cinq DPT au motif qu'il occupe un emploi actuellement adapté à ses limitations fonctionnelles, faisant suite à un programme de réadaptation mis en place par l'OAI, et pour lequel il perçoit un revenu inférieur à celui retenu abstraitement par la CNA. Il soutient que, compte tenu de sa réadaptation, il y a lieu de prendre en compte son revenu réel.

L'intimé considère que l'emploi est temporaire et sous-évalué. Il soutient que le recourant se contentait d'un revenu moindre, défini dans le cadre d'une mission temporaire. Un tel revenu ne saurait faire obstacle à l'obligation du recourant de diminuer son dommage, ceci même au prix d'un effort important.

b) aa) En l'occurrence, l'activité exercée, après la survenance de l'atteinte à la santé était une mission temporaire. Signé par le travailleur et l'employeur, le contrat de mission de durée « indéterminée » produit dans le cadre de la procédure judiciaire doit être retenu, plutôt que l'exemplaire produit dans le cadre de la procédure d'opposition qui n'est pas signé par A._____. Le choix de l'activité, soit celle de cariste, métier pour lequel le recourant a été réadapté par l'OAI, n'est pas contestable en soi (TF 9C_57/2008 du 3 novembre 2008 consid. 4 et les références citées). Cependant, pour être pris en compte comme revenu déterminant, il faut encore que l'on soit en présence de rapports de travail particulièrement stables.

Les circonstances qui prévalaient au moment de la naissance du droit à la rente, soit au prononcé de la décision sur opposition le 23 novembre 2018, sont déterminantes pour évaluer le degré d'invalidité, partant procéder à une comparaison des revenus (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 8C_216/2016 du 30 septembre 2016 consid. 5.2). Le contrat de travail de durée indéterminée par lequel P._____ SA a engagé le recourant comme cariste dès le 1^{er} avril 2019 doit ainsi être écarté. A la date déterminante, le recourant était au bénéfice d'un contrat de mission temporaire depuis le 25 juin 2018.

Toutefois, on ne saurait retenir comme revenu d'invalidé déterminant le gain obtenu par le recourant durant son contrat de mission auprès de O._____ SA. En effet, une agence de placement a pour vocation de mettre du personnel à disposition des entreprises selon des modalités qui peuvent fortement varier en fonction des besoins de ces dernières, si bien que le montant en cause, susceptible de changer au gré des missions proposées, ne saurait être représentatif de la capacité de

gain résiduelle de A._____. De plus, un intérimaire doit s'attendre à ce que les rapports de travail prennent fin conformément au droit de résiliation prévu par l'art. 19 al. 4 LSE (Loi fédérale sur le service de l'emploi et la location de services du 6 octobre 1989 ; RS 823.11) qui dispose que lorsque l'engagement est d'une durée indéterminée, le contrat de travail peut être résilié par les deux parties moyennant un délai de congé de deux jours au moins durant les trois premiers mois d'un emploi ininterrompu (let. a) et de sept jours au moins entre le quatrième et le sixième mois d'un emploi ininterrompu (let. b), ce qui est stipulé dans le contrat de mission déterminant. Un tel emploi manque de stabilité de par sa nature même. Ainsi, la condition afférente à la stabilité des rapports de travail posée par la jurisprudence n'est pas remplie quand bien même le contrat a été conclu pour une durée indéterminée (comp. TFA U 196/02 du 23 janvier 2003 consid. 4.3 et 4.4 ; TF 9C_140/2018 du 30 mai 2018 consid. 4.3). Il convient également de relever que le Tribunal fédéral a considéré qu'une durée de près de onze mois était insuffisante (TFA I 681/06 du 5 mars 2007 consid. 4.3). De la sorte, une durée de moins de quatre mois apparaît ainsi nettement insuffisante pour qualifier les rapports de travail de « *particulièrement stables*. »

Il faut donc définir le revenu d'invalidé déterminant au moyen des critères dégagés par la jurisprudence lorsque l'existence d'un revenu effectif fiable fait défaut.

C'est ainsi à bon droit que l'intimée s'est fondée sur un revenu hypothétique en recourant aux DPT. Vérifié d'office, la détermination du revenu d'invalidé ne prête pas flanc à la critique. L'intimée, comme l'exige la jurisprudence, a déterminé le revenu d'invalidé sur la base des données salariales résultant de cinq DPT adéquates et elle a fourni la liste des DPT restantes.

bb) On relève par ailleurs que le droit à une rente de l'assurance-accidents ne serait pas ouvert si la CNA avait examiné le cas à l'aune de l'Enquête suisse sur la structure des salaires.

Le revenu sans invalidité de 5'906 fr. par mois n'est pas contesté.

Le salaire de référence pour des hommes exerçant des activités d'entreposage, comprenant notamment les caristes, était, en 2016, de 5'504 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2016, TA 1, 49-52 niveau de qualification 1). Compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2016, à savoir 41,7 heures (OFS, Durée normale du travail dans les entreprises, 2016), ce montant doit être porté à 5'737 fr. 92. Compte tenu d'une indexation de 0,4 % en 2017 et 0,5 % en 2018 (OFS, Indice suisse des salaires), le revenu sans invalidité se monte à 5'789 fr. 68 et implique une perte de gain de 116 fr. 32. Le degré d'invalidité se monte ainsi à 1,97 % et n'ouvre pas le droit à la rente.

A supposer que l'on retienne le salaire de référence pour des hommes exerçant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, il était, en 2016, de 5'340 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2016, TA 1, production et services, niveau de qualification 1). Compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2016, à savoir 41,7 heures (OFS, Durée normale du travail dans les entreprises, 2016), ce montant doit être porté à 5'566 fr. 95. Compte tenu d'une indexation de 0,4 % en 2017 et 0,5 % en 2018 (OFS, Indice suisse des salaires), le revenu sans invalidité se monte à 5'617 fr. 16 et implique une perte de gain de 288 fr. 84. Le degré d'invalidité se monte ainsi à 4,89 % et n'ouvre également pas le droit à la rente.

c) Le moyen du recourant relatif à la détermination du revenu d'invalidité doit être rejeté. Le refus du droit à la rente peut être confirmé.

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 133 V 224 consid. 2.2). Suivant l'art. 36 al. 2 LAA, les indemnités pour atteinte à l'intégrité sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputables à l'accident.

L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre à une rente, lorsque le traitement médical est terminé (art. 36 al. 2 OLAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'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 (art. 19 al. 1, première phrase, LAA).

b) 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).

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).

c) 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.

6. a) Le recourant conteste le taux de l'IPAI retenu par l'intimé, en particulier la réduction opérée compte tenu de l'état antérieur à l'accident. Pour l'intimée, aucun élément médical ne permet de remettre en cause l'appréciation faite par le Dr H._____.

b) Dans son rapport du 10 janvier 2018, le Dr H._____ a retenu un taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité brut de 15 % en présence d'une gonarthrose gauche tricompartmentale débutante, prenant en compte une certaine aggravation prévisible. Il s'est référé à la table 5 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (« Atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses »). Le recourant n'apporte en effet aucun nouvel élément permettant de poser un

diagnostic différent, étant rappelé que ses médecins-traitants posaient les mêmes diagnostics (rapport d'IRM du 20 septembre 2016 du Prof. G._____; protocole opératoire du 18 octobre 2016 du Dr C._____.) Il n'y a pas lieu d'assimiler l'état antérieur aux troubles subis directement après l'accident. En effet, les radiographies du 26 février 2015 et l'IRM du 3 mars 2015 mettaient déjà en exergue des altérations dégénératives sous forme notamment d'ostéophytose des condyles antérieurs et des berges fémoro-tibiales internes, d'amincissement du cartilage et du ménisque et de chondropathie comme le mentionne le protocole opératoire du 20 avril 2015 du Dr C._____ et le rapport d'IRM du 3 mars 2015 de la Dre D._____. Dans le rapport du 15 septembre 2017 de la Clinique de réadaptation I._____, les médecins ont mis en lumière un risque d'arthrose du genou à long terme, notamment en raison des plasties du ligament croisé antérieur et des trois résections méniscales (p. 5), un début de gonarthrose apparaissant à l'imagerie RX (p. 24). La consultation orthopédique a en outre indiqué que l'assuré ferait une arthrose du genou dans dix ans (rapport du 15 août 2017 du Dr M._____).

Le Dr H._____ a ainsi exposé soigneusement sur la base de ses constatations cliniques objectives et de son analyse de l'ensemble des pièces à disposition, les raisons médicales le conduisant à retenir en définitive le taux d'atteinte à l'intégrité de 7,5 %. Il n'y a aucune estimation médicale mettant en doute ces conclusions. Ce raisonnement et ses fondements ne peuvent qu'être ici confirmés.

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens, pas plus que l'intimée en sa qualité d'assureur social (cf. art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 23 novembre 2018 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires 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 Primault (pour le recourant),
- Me Elsig (pour l'intimée),
- 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).

Le greffier :