

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 juillet 2020

Composition : M. MÉTRAL, président
MM. Neu, juge, et Riesen, assesseur
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

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

et

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

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

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], sans formation professionnelle, a été engagé en qualité de maçon non qualifié par l'entreprise F._____. A ce titre, il était 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).

Au cours de l'été 1989, l'assuré s'est luxé le genou droit. Le 25 octobre 1990, il s'est à nouveau blessé au même genou. Le 15 janvier 1991, il a bénéficié d'une cure chirurgicale de luxation de la rotule droite. Il a présenté plusieurs périodes d'incapacité de travail en lien avec des gonalgies à droite.

Le 19 avril 2013, alors que l'assuré travaillait sur un coffrage-dalle, la structure s'est effondrée et des éléments du coffrage sont tombés sur son dos, sa jambe droite et son visage. Il a consulté les urgences de l'H._____, où les médecins ont notamment diagnostiqué une plaie à l'arcade sourcilière gauche et à l'aile du nez gauche, ainsi que des dermabrasions de la cuisse droite et du tibia gauche. Par certificats médicaux successifs, le Dr B._____, médecin généraliste traitant de l'assuré, a attesté une incapacité totale de travail de durée indéterminée. La CNA a pris en charge le traitement et a alloué des indemnités journalières.

Le 5 juillet 2013, l'assuré a bénéficié d'une arthroscopie du genou droit, avec toilette articulaire, synovectomie, ménissectomie interne partielle, section de l'aileron externe et patellectomie externe à foyer ouvert, et bursectomie sous-rotulienne à foyer ouvert. Le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics d'arthrose du genou droit, de déchirure méniscale interne, ainsi que de bursite sous-rotulienne (cf. protocole opératoire du 5 juillet 2013).

Après une reprise du travail à temps partiel le 1^{er} octobre 2013, l'assuré a présenté une nouvelle incapacité totale de travail dès le 18 octobre 2013. Le 8 novembre 2013, le Dr Z._____ a procédé à une excision d'un kyste paracicatriciel du genou droit.

Le 23 décembre 2013, le Dr B._____ a informé qu'une reprise de l'activité à 100 % était prévue pour le 20 janvier 2014, avec une poursuite des séances de physiothérapie jusqu'au mois d'avril 2014 en raison d'une amyotrophie de la cuisse droite.

A partir du 20 janvier 2014, l'assuré a alterné les périodes de travail et celles d'incapacité de travail, totale ou partielle.

Dans un rapport et un certificat médical du 30 septembre 2014, le Dr B._____ a relevé des douleurs au genou droit et au dos. Il a précisé que les lombalgies n'étaient pas d'origine accidentelle. Il a attesté une incapacité de travail de 50 % dès le 1^{er} septembre 2014, en lien avec l'accident.

Le 28 novembre 2014, au cours d'un entretien à la CNA, l'assuré a déclaré que des troubles du dos, lesquels n'étaient pas en rapport avec l'accident, étaient venus s'ajouter à ses problèmes au genou droit. L'incapacité de travail de 100 % dès le 1^{er} septembre 2014 était répartie à part égale entre ses atteintes au dos et au genou.

X._____, assureur perte de gain de l'employeur, a confié la réalisation d'une expertise au Dr K._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale. Dans un rapport du 3 décembre 2014, le Dr K._____ a notamment posé les diagnostics de syndrome lombovertébral récurrent sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, sur discopathie L1-L2 et protrusion discale L4-L5, ainsi que de gonalgies à droite d'origine mixte. La radiographie du genou mettait en évidence une minime gonarthrose tri-compartimentale essentiellement au niveau fémoro-patellaire, cependant peu significative. Le Dr K._____ a estimé la capacité de travail dans l'activité habituelle de maçon à 60 % en tenant

compte des atteintes au genou et au dos, avec une possible augmentation progressive de 10 % par mois. La capacité de travail était totale dans une activité adaptée, permettant de limiter les mouvements de genuflexion répétitifs et le port de charge en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 10 kg de manière répétitive.

Le 24 janvier 2015, le Dr B._____ a attesté une incapacité totale de travail dans l'activité de maçon en raison de la persistance d'une amyotrophie de la cuisse droite et de poussées algiques du genou.

Par courrier du 6 mars 2015, se fondant sur l'expertise du Dr K._____, X._____ a mis un terme au versement des indemnités journalières au 30 avril 2015.

Le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à un examen de l'assuré le 2 septembre 2015. Dans un rapport du 4 septembre 2015, le Dr G._____ a relevé que l'atteinte au genou droit était en relation de causalité avec l'évolution à long terme de la luxation rotulienne opérée en 1991. Les lombalgies sur discopathies étagées étaient quant à elles indépendantes de l'accident. Le pronostic d'un retour vers une pleine capacité dans une activité de maçon était réservé compte tenu notamment de l'association des troubles lombaires et du pronostic à long terme de l'atteinte au genou droit. On pouvait répartir à parts égales l'impact invalidant durable sur la capacité de travail engendré par la pathologie malade lombaire et celle de l'atteinte au genou. En tenant compte des limitations liées à ces deux atteintes, une capacité de 60 % pourrait être mise en valeur dans l'activité habituelle. Le retour durable vers une pleine capacité dans l'activité de maçon paraissait difficilement envisageable. Une aggravation invalidante à moyen ou long terme des pathologies dégénératives n'était pas exclue. L'assuré pourrait vraisemblablement mettre en valeur une capacité de 100 % dans un poste n'exigeant pas les déplacements prolongés en terrain irrégulier, la position accroupie ou à genoux, ainsi que la montée et descente d'escaliers. Le port de charge supérieure à 10 kg ou en porte-à-faux devrait également

être évité compte tenu de la pathologie lombaire. Enfin, le Dr G._____ a observé que les séquelles de l'accident n'atteignaient pour l'instant pas un degré de gravité suffisant pour l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, en précisant que cela pourrait être réévalué en fonction de l'évolution dégénérative future du genou droit.

Le 8 septembre 2015, au cours d'un entretien, l'employeur de l'assuré a pris connaissance de l'appréciation du Dr G._____. Il a déclaré ne pas pouvoir effectuer d'adaptations du poste de travail de l'intéressé afin de lui permettre une reprise du travail à 60 %. Il n'y avait pas d'autre poste de travail adapté à son état de santé au sein de l'entreprise (cf. procès-verbal établi le 9 septembre 2015 par la CNA).

Dans l'intervalle, le 22 janvier 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Celui-ci a mis en place un stage d'orientation professionnelle auprès de l'O._____ du 6 janvier au 10 juillet 2016, puis une mesure de reclassement professionnel consistant en une formation en soudure du 11 juillet 2016 au 31 juillet 2017, suivie d'une formation complémentaire dans ce domaine jusqu'au 30 septembre 2018.

Le 24 octobre 2016, le Dr B._____ a écrit à l'OAI que la capacité de travail de son patient en tant que soudeur était limitée à 80 %, avec une diminution de rendement en raison de limitations fonctionnelles. Il conviendrait d'éviter les positions de travail fixes, inconfortables, la position debout prolongée, la montée et descente d'escaliers, la marche sur terrain irrégulier et le port de charges supérieures à 5 kg en raison de l'état du rachis lombaire. Les positions devraient être alternées chaque 30 minutes.

Dans un rapport du 12 décembre 2016, le responsable de l'O._____ a constaté que l'assuré possédait des compétences pratiques exploitables pour une activité en soudure. Cependant, le rendement restait faible et rendait une intégration dans l'économie difficile à

envisager. Un aménagement conséquent (alternance des positions) était nécessaire pour un rendement qui restait actuellement à environ 60 %. Le responsable a indiqué que si l'assuré « avait uniquement des limitations fonctionnelles au niveau du genou, l'activité serait adaptée en position assise ; cependant, les limitations au niveau du dos, qui [avaient] été très contraignantes, [...], rend[ai]ent le projet d'intégration difficile à réaliser à un taux suffisant ».

La CNA a suspendu le versement de ses indemnités journalières durant les mesures allouées par l'OAI. Par courrier du 28 juin 2017, elle a annoncé à l'assuré qu'elle ne reprendrait pas le versement de ses indemnités à la fin des mesures de reclassement. Elle a également mis fin avec effet immédiat à la prise en charge du traitement médical, en expliquant que les troubles au genou droit pouvaient être considérés comme médicalement stabilisés. Elle allait examiner le droit à d'autres prestations après la fin de la réadaptation professionnelle.

Le 30 janvier 2018, l'employeur a annoncé que le salaire présumable sans accident de l'assuré s'élevait à 5'532 fr., versé treize fois par an, et n'avait pas évolué par rapport aux années précédentes.

Par décision du 9 janvier 2019, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 13 % dès le 1^{er} octobre 2018. Elle a retenu que l'exercice d'une activité adaptée, soit sans port de charge supérieure à 10 kg et sans travail en position accroupie ou à genoux, était exigible à 100 %. Pour fixer le revenu qu'il pouvait réaliser dans une telle activité, elle s'est référée aux données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), auxquelles elle a appliqué une déduction de 5 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles. Elle a ainsi abouti à un revenu avec invalidité de 64'035 fr. 67. Elle l'a comparé au revenu sans invalidité de 73'863 fr. 50, mettant en évidence une perte de 13 %, ouvrant le droit à une rente de ce même taux. Enfin, la CNA a nié le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Par courrier du 7 février, complété le 14 mars 2019, l'assuré, désormais représenté par Me Flore Primault, s'est opposé à cette décision, en contestant la capacité de travail retenue par la CNA. Selon les rapports du Dr B._____ et de l'O._____, celle-ci s'élevait à 50 %. Le Dr G._____ avait d'ailleurs lui-même réparti à parts égales l'impact invalidant durable sur la capacité de travail des atteintes lombaire et du genou. Tout au plus, la capacité de travail devait être fixée à 75 %. L'assuré a encore critiqué le revenu avec invalidité pris en compte par la CNA, en soutenant qu'il n'y avait pas lieu de se fonder sur l'ESS, mais sur un salaire théorique de soudeur. En outre, un abattement de 15 %, et non 5 %, apparaissait équitable. Enfin, le Dr G._____ avait écarté l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité en précisant que son estimation pourrait être réévaluée en fonction de l'évolution dégénérative future du genou droit. Il convenait dès lors de procéder à une analyse actuelle de l'état du genou.

Par projet de décision du 1^{er} avril 2019, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui octroyer une demi-rente, basée sur un degré d'invalidité de 56 %, à compter du 1^{er} octobre 2018. Pour déterminer le taux d'invalidité, il a comparé le revenu réalisable sans atteinte à la santé (73'291 fr.) avec celui que l'assuré pourrait obtenir dans l'activité de soudeur à un taux de 50 % (32'500 fr.). La comparaison de ces revenus aboutissait à un taux d'invalidité de 56 %, lequel ouvrait le droit à une demi-rente. Par la suite, l'OAI a confirmé l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, dans les termes de son projet (cf. décision du 5 septembre 2019).

Le 23 mai 2019, le Dr S._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à un examen de l'assuré et a fait réaliser des radiographies des genoux. Le spécialiste a retenu une pleine capacité de travail dans une activité évitant le port de charges moyennes, les longs déplacements, surtout en terrain accidenté, la station debout prolongée et les positions sollicitant fortement les genoux. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il a relevé la présence d'une arthrose fémoro-patellaire débutante au genou droit. Il s'est référé à

la table 5 « Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA » de la CNA pour retenir un taux de 5 % (cf. rapport du 24 mai 2019).

Le 2 septembre 2019, l'assuré a critiqué l'évaluation de sa capacité de travail effectuée par le Dr S._____, en faisant valoir que ce dernier n'expliquait pas en quoi il s'écartait de l'appréciation du Dr B._____, de l'O._____ et de l'OAI, lesquels retenaient une capacité de travail à un taux réduit.

Par décision sur opposition du 9 septembre 2019, la CNA a partiellement admis l'opposition de l'assuré, en réformant sa décision dans le sens de l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %. Elle a confirmé l'allocation d'une rente d'invalidité d'un taux de 13 %, en se fondant sur une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, telle que déterminée par le Dr S._____. Elle a expliqué qu'il avait fixé ce taux en se basant uniquement sur les séquelles accidentelles et n'avait pas pris en considération les autres troubles dont souffrait l'assuré, notamment les troubles lombaires, sans relation avec l'accident. Par conséquent, l'évaluation du Dr S._____ pouvait diverger de celle retenue par d'autres médecins. Enfin, le taux d'abattement de 5 % était justifié dans la mesure où les limitations fonctionnelles pour les seuls troubles du genou laissaient à la portée de l'assuré un large éventail de postes dans l'industrie.

B. Par acte du 7 octobre 2019, R._____, toujours représenté par Me Primault, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente fondée sur un taux supérieur à 13 % et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure à 5 %. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à la CNA pour instruction complémentaire. Le recourant a repris les arguments soulevés dans le cadre de la procédure d'opposition. Concernant la capacité de travail retenue par la CNA, il a notamment répété que le rapport du Dr S._____ ne devait pas se voir reconnaître une valeur probante, au vu des autres documents figurant au dossier.

S'agissant du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le recourant a relevé que la CNA s'était fondée sur le rapport du Dr S._____, qui était contesté. A cet égard, il a renvoyé à son argumentation en lien avec l'évaluation de sa capacité de travail opérée par ce spécialiste.

Dans sa réponse du 20 novembre 2019, l'intimée a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-accidents et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si ces prestations doivent être fondées sur un taux d'invalidité supérieur à 13 % et sur une atteinte à l'intégrité supérieure à 5 %.

3. Les modifications introduites par la novelle 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]).

4. a) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide (art. 8 LPGa) à 10 % au moins par suite d'un accident.

b) L'art. 8 al. 1 LPGa définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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).

c) Le droit aux prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Le droit aux prestations suppose encore qu'un lien de causalité adéquate soit établi entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 129 V 402 consid. 2.2).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1, TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

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

6. En l'espèce, la CNA a retenu que le recourant présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée. L'intéressé allègue quant à lui une incapacité de travail de 50 % dans la profession de soudeur ou toute autre activité. Il se réfère aux rapports établis par le Dr B._____, ainsi qu'à l'appréciation de la capacité résiduelle de travail effectuée par le responsable de l'O._____.

L'assuré présente des problèmes de genoux, en relation de causalité avec l'accident, et des problèmes de dos, lesquels ne sont pas d'origine accidentelle. Le Dr G._____ le relève de manière convaincante dans son rapport du 4 septembre 2015. Le Dr B._____ est parvenu au même constat une année auparavant (cf. rapport du 30 septembre 2014). Aucune autre pièce médicale au dossier ne permet de le remettre en cause. L'assuré a d'ailleurs lui-même admis, au cours d'un entretien à la CNA le 28 novembre 2014, que ses troubles au dos n'étaient pas en lien avec l'accident. Il ne s'est pas prévalu du contraire par la suite.

Les différents documents auxquels se réfère le recourant prennent en considération l'ensemble de ses atteintes à la santé pour déterminer sa capacité résiduelle de travail, et non uniquement celles au genou droit. Or, seules ces dernières doivent être prises en compte dans le cadre de la présente procédure. Il ressort du rapport de l'O._____ que c'est la problématique liée au dos qui entraîne les principales limitations de la capacité de travail. En revanche, si l'on tient seulement compte des atteintes au genou droit d'origine accidentelle, rien ne permet de constater que le recourant ne disposerait pas d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, telle que décrite par le Dr S._____. Ce dernier a établi son rapport à la suite d'un examen complet de l'assuré, en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier. Il a en outre encore fait réaliser de nouvelles radiographies des genoux. Il a détaillé les plaintes de l'intéressé et les a prises en compte. Pour le surplus, il a décrit de façon claire le contexte médical et l'appréciation de la situation médicale. En particulier, il a relevé qu'à l'examen, la mobilisation du genou droit s'effectuait librement et la flexion était complète. Il n'y avait pas de signe réactif local manifeste, ni signes méniscaux, ni laxité pathologique. Malgré

une amyotrophie assez marquée de la cuisse droite, le quadriceps disposait d'un bon tonus et d'une bonne force. La radiographie du genou droit mettait en évidence, notamment, une arthrose fémoro-patellaire débutante avec un ostéophyte au pôle supérieur de la rotule. La surface articulaire était un peu irrégulière, mais sans pincement important. Au final, le Dr S._____ a constaté que les séquelles objectivables de l'accident de 1989 étaient assez modestes. Il a ajouté que c'étaient essentiellement les lombalgies chroniques qui avaient écarté l'assuré du monde du travail. En prenant en considération uniquement les atteintes au genou droit, il ne faisait aucun doute, pour le Dr S._____, que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, soit évitant le port de charges moyennes, les longs déplacements, surtout en terrain accidenté, la station debout prolongée et les positions sollicitant fortement les genoux. Les conclusions du spécialiste sont bien motivées. En définitive, son rapport remplit les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, de sorte qu'il y a lieu de s'y rallier.

Le recourant se prévaut encore du rapport du 4 septembre 2015 du Dr G._____, retenant une incapacité de travail dont seraient responsables, à parts égales, les atteintes au genou droit et au dos. Sur ce point, le Dr G._____ fait toutefois référence à la profession de maçon et fixe la capacité de travail résiduelle à 60 %. Il estime en revanche vraisemblable une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Les rapports des Drs S._____ et G._____ ne se contredisent donc pas.

Le recourant se réfère enfin à des échanges avec la CNA, où une capacité de travail inférieure à 100 % aurait été fixée, et critique l'exigibilité soudaine d'une activité à un tel taux. Il cite le procès-verbal d'entretien du 8 septembre 2015. Toutefois, les taux réduits évoqués concernent l'activité habituelle de maçon. En particulier, il ressort du procès-verbal précité qu'après avoir pris connaissance de l'appréciation du Dr G._____, l'employeur du recourant a annoncé ne pas pouvoir adapter son poste de travail actuel afin de mettre en œuvre une capacité de travail de 60 %. Il n'y avait pas non plus d'emploi adapté à son état de santé au

sein de l'entreprise. Le taux réduit concernait l'emploi de maçon et non une activité adaptée.

Au vu de ce qui précède, l'intimée était fondée à reconnaître au recourant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, en se fondant sur l'appréciation du Dr S._____.

7. Il convient d'examiner le préjudice économique subi par l'intéressé.

a) Pour évaluer le taux d'invalidité, 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 LPGA).

aa) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1, 129 V 222).

bb) Le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1, 129 V 222).

L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2, 126 V 75).

Selon l'art. 28 al. 4 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), si, en raison de son âge, l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative après l'accident ou si la diminution de la capacité de gain est due essentiellement à son âge avancé, les revenus de l'activité lucrative déterminants pour l'évaluation du degré d'invalidité sont ceux qu'un assuré d'âge moyen dont la santé a subi une atteinte de même gravité pourrait réaliser.

b) En l'espèce, le moment déterminant pour comparer les revenus est l'année 2018.

L'intimée a retenu un revenu sans invalidité de 73'863 fr. 50, en se fondant sur les renseignements communiqués par l'employeur. Cela ne prête pas flanc à la critique et n'a d'ailleurs pas été contesté, de sorte qu'il n'y a pas lieu de revenir sur ce point.

S'agissant du revenu d'invalidé, la CNA s'est à juste titre référée à l'ESS. Contrairement à ce que soutient le recourant, elle n'était pas tenue de se fonder sur le revenu réalisable dans l'activité de soudeur exercée à un taux de 50 %, comme l'a fait l'OAI. En effet, ce dernier devait tenir compte de l'ensemble des atteintes à la santé de l'assuré. Quant à la CNA, elle pouvait, en prenant en considération les seules atteintes d'origine accidentelle, se baser sur le revenu que l'assuré aurait pu réaliser dans une activité adaptée à 100 %. Par ailleurs, la déduction de 5 % retenue par la CNA paraît adéquate pour prendre en compte les circonstances personnelles du recourant, en particulier ses limitations fonctionnelles et son âge. Une déduction de 15 %, en lien avec l'âge, serait trop élevée et se heurterait à l'art. 28 al. 4 OLAA précité. Pour le surplus, le calcul effectué par la CNA pour aboutir au revenu d'invalidé de 64'035 fr. 67 est conforme à la jurisprudence précitée et n'est pas critiquable.

Les revenus avec et sans invalidité fixés par la CNA doivent donc être confirmés. La comparaison entre ces revenus aboutit à une perte de 13,31 %, arrondie à 13 %, ouvrant le droit à une rente du même taux.

8. Le recourant conteste encore le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

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.

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité 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. 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. 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.

b) En l'espèce, dans son rapport du 24 mai 2019, le Dr S._____ a constaté la présence d'une arthrose fémoro-patellaire débutante au genou droit. Dès lors, sur la base de la table 5 « Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA » concernant les atteintes résultant d'arthrose, le spécialiste a fixé le taux de l'indemnité à 5 %. Cette appréciation ne prête pas flanc à la critique. En effet, l'atteinte à l'intégrité reste modeste et rien ne permet de constater qu'elle serait plus élevée que ce que le spécialiste constate. Le recourant n'expose d'ailleurs pas pour quels motifs il conteste cette évaluation. Il se limite à renvoyer à son argumentation présentée à l'encontre du rapport du Dr S._____, qui concernait l'évaluation de sa capacité de travail. Or, comme on l'a vu à ce propos, ce rapport est probant (cf. consid. 6 supra). Ainsi,

l'intimée était fondée à allouer au recourant une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %.

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

b) La procédure étant gratuite (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 (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 9 septembre 2019 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.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Flore Primault (pour R. _____)
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :