

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 août 2022

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Neu et Mme Durussel, juges
Greffière : Mme Tagliani

Cause pendante entre :

P._____, au [...], recourant, représenté par Me Yann Jaillet, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 16 LPGA ; 19 al. 1, 21 al. 1 et 25 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. P._____, né en [...], marié et père de deux enfants, travaillait en qualité de responsable d'un office postal pour [...] SA. Il était assuré à ce titre contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, la SUVA ou l'intimée).

a) Le 18 septembre 1995, il a été victime d'un premier accident de moto, lui causant plusieurs traumatismes physiques, dont une fracture fermée du tiers supérieur du fémur droit, une luxation acromioclaviculaire gauche, ainsi qu'une rupture de la rate nécessitant une splénectomie. Il a notamment bénéficié de plusieurs interventions chirurgicales du membre inférieur droit.

En 2001, la CNA a clos ce cas d'assurance et alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après également : IPAI) de 10 %.

b) Le 14 décembre 2001, l'assuré a subi un nouvel accident, en glissant sur une plaque de glace, entraînant deux fractures, au niveau du tibia et du péroné de la jambe droite. Ce nouveau cas a été pris en charge par la CNA. L'assuré a été traité chirurgicalement par ostéosynthèse, puis, en raison d'un important défaut de rotation externe du pied droit, par ostéotomie de valgisation-dérotation du fémur droit en 2003. Il a ensuite repris son activité professionnelle habituelle.

Le 9 novembre 2007, après un séjour à la Clinique Q._____
(ci-après : la Clinique Q._____), une nouvelle intervention d'ostéotomie de valgisation-dérotation, du tibia droit, a été réalisée par le Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en raison d'un défaut d'axe et d'un trouble de la rotation résiduel.

Dès le 7 avril 2008, l'assuré a pu reprendre son activité professionnelle habituelle à 100 % sans qu'un aménagement ne soit nécessaire.

Par décision du 6 janvier 2009, après un examen réalisé par son médecin d'arrondissement, la CNA a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité supplémentaire de 4,5 %.

c) Selon un rapport du 3 octobre 2013 du Dr J._____, médecin praticien, l'assuré a présenté des douleurs lombaires basses, soit des lombo-pygalgies chroniques, dans le cadre de troubles dégénératifs étagés, d'un déconditionnement physique global et du status après multiples interventions du membre inférieur droit. Par décision du 28 octobre 2013, la CNA a refusé la prise en charge d'une cure thermale, préconisée par le Dr J._____, sur la base de l'avis de son médecin d'arrondissement, le Dr B._____, spécialiste en chirurgie. Selon ce dernier, au vu des pièces médicales, il n'était pas établi au sens de la vraisemblance prépondérante que les troubles du rachis étaient en lien de causalité avec l'accident du 14 décembre 2001. L'assuré a formé opposition contre cette décision, expliquant notamment que ses douleurs s'accroissaient et que son état se dégradait. Dans un rapport du 13 janvier 2014 faisant suite à un examen médical de l'assuré, le Dr B._____ a indiqué que l'intéressé marchait toujours un peu en rotation externe du pied droit, reportant la charge sur son membre inférieur gauche et se tordant le dos. Il notait notamment une attitude en flexion antalgique du genou droit en décubitus dorsal, sans qu'il n'y ait de véritable flessum. L'imagerie avait révélé une gonarthrose fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire droites relativement évoluées, ainsi qu'une coxarthrose droite débutante. Le Dr B._____ mentionnait qu'il était difficile de faire la part des choses entre les séquelles proprement dites et les lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs, de sorte que la décision attaquée ne pouvait être maintenue et qu'un séjour de réadaptation et d'examen à la Clinique Q._____ était indiqué. Lors de ce séjour, l'assuré a été vu par le Dr V._____, qui a proposé de poursuivre une prise en charge

conservative du genou droit, en envisageant en dernier recours une arthroplastie totale.

Le 14 juillet 2014, le Dr B. _____ a procédé à un nouvel examen de l'assuré, en vue de clore son cas. Dans un rapport portant la même date, il a relevé que la gonarthrose nécessiterait la mise en place d'une prothèse du genou à moyen terme. Compte tenu de ses constatations, il préconisait l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité supplémentaire de 10 %, estimation qui tenait compte de l'aggravation prévisible ainsi que de facteurs étrangers aux accidents. La capacité de travail de l'assuré était en outre entière dans son activité habituelle. La CNA a alloué l'indemnité précitée par décision du 7 août 2014.

Le 16 juin 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité (AI).

d) Sur demande du Dr V. _____, l'assuré a consulté le Dr G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur afin de recueillir une nouvelle appréciation au sujet de l'arthroplastie totale du genou droit. Le Dr G. _____ a proposé de procéder à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du fémur dans un premier temps, avant d'implanter la prothèse discutée. Ces interventions chirurgicales, pratiquées par le Dr G. _____, ont été réalisées respectivement les 28 avril et 17 novembre 2015. L'évolution trois mois après l'opération était globalement favorable, même s'il persistait un flexum qui imposait la poursuite d'une prise en charge en physiothérapie et balnéothérapie.

Du 20 avril au 2 mai 2016, l'assuré a séjourné à la Clinique Q. _____ en raison de raideurs et douleurs persistantes, afin d'intensifier sa rééducation. Il rapportait des douleurs moindres depuis l'opération, toutefois il marchait moins bien. Il a dû s'absenter à plusieurs reprises en raison de son mandat politique de [...] de sa commune, ainsi que pour se rendre auprès de son fils qui faisait du motocross. Le séjour de l'assuré a

été écourté compte tenu des demandes de congé répétées. Sa capacité de travail était de 0 % du 2 mai au 5 juin 2016, puis de 80 % dès le 6 juin 2016. La situation médicale n'était pas stabilisée, la poursuite d'un traitement de physiothérapie pouvant permettre d'améliorer la mobilité du genou, la force-endurance et la qualité de la marche. Le Dr V._____ avait procédé à une consultation orthopédique à la Clinique Q._____ et noté un flexum de 10 à 12°, qui ne serait pas récupérable dans les années à venir selon le médecin, mais qui ne justifiait pas un changement de prothèse totale du genou.

Dès le 13 juin 2016, la Dre S._____, médecin praticien et médecin traitant de l'assuré, a attesté l'incapacité de travail de ce dernier à 70 %, jusqu'au 15 juillet 2016, en raison de l'échec de la reprise du travail. Elle a ensuite prescrit un arrêt de travail complet jusqu'au 7 septembre 2016, prolongé à plusieurs reprises jusqu'au 31 janvier 2017.

Le 1^{er} septembre 2016, la CNA a tenu un entretien avec l'assuré, son employeur, et une intervenante de l'assurance-invalidité. L'employeur a indiqué à cette occasion qu'il ne pouvait pas proposer de poste adapté à l'assuré. Il a résilié les rapports de travail au 31 janvier 2017. L'assurance-invalidité a par la suite mis en place plusieurs mesures (orientation professionnelle, mise à niveau, approfondissement des connaissances, reclassement avec formation et diplôme de comptable confirmé, stages pratiques dans le domaine de la comptabilité).

Par rapport d'examen du 23 mai 2017, le Dr B._____ a constaté un flessum irréductible d'une vingtaine de degrés, et un mauvais résultat fonctionnel du genou droit, sans explication tout à fait claire. Il a estimé que l'activité de comptable était adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré, et exigible à 100 %. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité allouée anticipait un bon résultat de la mise en place de la prothèse totale, de sorte qu'au vu de la limitation fonctionnelle observée et d'un avenir incertain, une indemnité supplémentaire de 10 % se justifiait.

Selon un rapport du Dr G._____ du 29 septembre 2017, l'assuré présentait un flexum irréductible du genou droit de 15°, avec peu d'espoir d'amélioration par la physiothérapie. La seule solution restait une révision de la prothèse, sans caractère d'urgence, ce qui pourrait réduire le flexum. Toutefois, il y avait moins de chance d'amélioration sur le plan des douleurs.

e) Sur recommandation de ses médecins, l'assuré a consulté le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans un rapport du 27 septembre 2019, ce médecin a constaté un flexum de 15° et indiqué que l'assuré avait opté pour la nouvelle intervention de révision sur son genou droit, tout en comprenant qu'elle ne permettrait pas de retrouver une situation normale du genou. Un changement de prothèse serait probablement nécessaire pour corriger la rotation externe de la jambe, ainsi que pour améliorer le flexum.

Le 30 octobre 2019, l'assuré a bénéficié de l'intervention précitée, par le Dr L._____, soit une arthrolyse et un changement de prothèse du genou droit, ensuite de quoi il a séjourné au service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la Clinique Q._____, du 6 au 27 novembre 2019. L'assuré a par la suite été en incapacité de travail totale, attestée par certificats successifs (jusqu'au 11 janvier 2021).

Par rapport du 13 février 2020, le Dr L._____ a indiqué que l'évolution à trois mois de l'opération était satisfaisante. Les douleurs étaient bien moindres qu'avant le changement de prothèse, toutefois le déficit d'extension de 20° demeurait et était difficile à améliorer. La raideur articulaire devait être adressée en physiothérapie. Dans une activité de comptable, l'assuré pouvait peut-être travailler à 100 %.

Le 10 juillet 2020, le Dr B._____ a examiné l'assuré. Il a rapporté que comme l'on pouvait s'y attendre, il n'y avait pas de grand changement par rapport à la situation qui prévalait en 2015 ; le flexum était toujours d'une vingtaine de degrés. L'assuré expliquait n'avoir jamais pu réaliser un horaire complet de travail durant ses différents stages, en

raison de ses douleurs qui l'obligeaient à se reposer après quelques heures de travail. Depuis qu'il était en arrêt de travail, il occupait ses journées en faisant de la mécanique dans son garage, il s'était acheté un vélo électrique, et conduisait toujours sa voiture automatique sans problème. Il cherchait un emploi à temps partiel qui puisse lui convenir mais c'était « dans l'eau chaude, assis dans son jacuzzi, qu'il se sent[ait] vraiment bien ». Il exerçait toujours sa fonction de [...] de sa commune, qu'il appréciait. Le Dr B. _____ soulignait le fait que l'assuré paraissait tout à fait authentique dans ses plaintes et qu'il était toujours très collaborant. Du point de vue médical, le médecin ne voyait pas ce qui justifierait une incapacité de travail comme aide-comptable. Néanmoins, en vue de terminer le cas de manière « aussi équitable que possible », et compte tenu d'une très longue évolution avec de multiples interventions, il proposait une observation stationnaire multidisciplinaire à la Clinique Q. _____, centrée sur l'évaluation professionnelle, en « promettant qu'on renoncera à lutter contre le flossum de son genou D [réd : droit] », auquel l'assuré semblait désormais vouloir se résoudre.

La CNA a recueilli des informations salariales auprès du dernier employeur de l'assuré, qui lui a indiqué un salaire annuel, treizième salaire compris, de 95'601 fr. 20, auquel s'ajoutait 1'206 fr. d'indemnités diverses. Cela correspondait à ce que l'assuré aurait perçu dès le 1^{er} avril 2020, pour une occupation de 42 heures par semaine.

Du 30 septembre au 28 octobre 2020, l'assuré a été pris en charge à la Clinique Q. _____, son séjour ayant pris fin en raison d'une mise en quarantaine car son voisin de chambre avait été testé positif au virus SARS-CoV-2 (ci-après : COVID-19). La Clinique Q. _____ avait précisé à la CNA qu'un nouveau séjour pourrait être organisé au début de l'année 2021 si nécessaire, et que l'assuré allait être occupé dans les semaines qui suivaient, par ses tâches de [...] de sa commune. Le rapport de ce séjour dans le secteur de réadaptation de l'appareil locomoteur de la Clinique Q. _____ a été signé le 24 novembre 2020 par le Dr K. _____, spécialiste en rhumatologie. Le diagnostic principal était toujours une gonalgie droite chronique avec un flexum persistant et une attitude

vicieuse en rotation externe. Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par l'assuré, dont une kinésiophobie, son âge et l'absence de contrat de travail. A sa sortie, l'assuré avait rapporté davantage de douleurs. Le traitement antalgique était resté le même, soit du Dafalgan en réserve, qu'il prenait très rarement. L'on extrait en outre ce qui suit du rapport (sic) :

« **Aux ateliers professionnels** : le patient a été évalué sur des périodes allant jusqu'à 4 heures consécutives pour des activités de port de charges très légères, inférieures à 5 kg. Les positions debout ont été testées, il doit alterner les positions et assises environ après 20 minutes. La position assise est difficile et il doit alterner également en se levant et en se déplaçant. Nous relevons son implication et sa collaboration optimales dans toutes les activités réalisées.

Les limitations fonctionnelles définitives sont les suivantes : maintien d'une position debout ou assise prolongée ; activités nécessitant une marche sur une distance moyenne ; ports de charges répétés et/ou prolongés supérieurs à 5-10 kg ; activités répétitives et/ou prolongées en position accroupies et à genoux.

La situation est stabilisée du point de vue médical.

Aucune nouvelle intervention n'est proposée.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de buraliste postal est défavorable.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est favorable. Le patient a été reclassé comme aide-comptable par l'AI mais il n'a pas encore exercé une telle activité. Cette activité paraît réalisable au moins à 50 % avec alternance des postures. Le séjour a dû être un peu abrégé en raison de la mise en quarantaine à domicile du patient (voisin de chambre COVID+), il n'a pas été possible de le tester plus aux ateliers professionnels. Une suite de séjour a été discutée avec le patient mais au vu des obligations importantes de ce patient ([...]) l'organisation de ce séjour est difficile ».

Afin de faire un point de situation et d'éventuellement clore le cas, le Dr B. _____ a examiné l'assuré le 20 janvier 2021. Il ressort de son rapport que l'assuré avait subi des examens préconisés par le Dr L. _____ à la fin de l'année 2020 en raison d'une suspicion d'infection à bas bruit de sa prothèse. Une telle infection n'avait finalement pas été constatée, pas plus que des signes de descellement, et le Dr L. _____

n'avait pas d'explication à la symptomatologie douloureuse. Avec l'âge, l'assuré avait l'impression de moins bien supporter ses douleurs. Il ne restait pas inactif, faisant de la mécanique dans son garage, mais les choses lui prenaient davantage de temps qu'avant et il ressentait de la fatigue. Il suivait un traitement d'hydrokinésithérapie à raison de deux séances par semaine, et prenait du Dafalgan comme antalgique. Il cherchait activement un emploi à temps partiel, sans succès. Il se pensait handicapé par son âge, car lui-même hésiterait à engager un boursier communal de bientôt soixante ans. Il ne se sentait pas apte à travailler à plein temps, il faudrait qu'il puisse le faire à son rythme et pas trop loin de son domicile ; selon l'assuré il y avait des jours « où ça irait » et d'autres « où il n'y aurait pas de rendement ». Le Dr B. _____ a observé un fessum d'une vingtaine de degrés du genou droit, qui n'était que partiellement réductible, mais il n'y avait plus d'attitude en flexion antalgique de cette articulation. Du point de vue thérapeutique, il n'avait pas grand-chose à proposer. La poursuite de l'hydrokinésithérapie sur le long terme avait « certainement tout son sens mais les séances devraient progressivement être espacées ». Le médecin relevait qu'il y avait donc, de l'aveu même du patient, des facteurs non-médicaux qui entravaient sa réinsertion professionnelle. Le Dr B. _____ concluait son rapport comme suit :

« Néanmoins, comme je l'ai déjà dit, M. P. _____ paraît tout à fait authentique dans ses plaintes et compte tenu d'une très longue évolution, avec de multiples interventions, je pense qu'il faut lui reconnaître une baisse de rendement de 10 à 20 %, même dans une activité adaptée, comme celle d'aide-comptable, pour qu'il puisse gérer ses douleurs chroniques en faisant des pauses.

En revanche, je ne vois pas à quel titre une atteinte à l'intégrité supplémentaire pourrait lui être reconnue ».

f) Par courrier du 1^{er} février 2021, la CNA a signifié à l'assuré qu'elle estimait ses suites accidentelles comme stabilisées et qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 28 février 2021. Elle allait procéder à l'examen du droit à la rente. L'assuré a exprimé son désaccord avec le contenu de cette communication par retour de courrier.

Par décision du 12 février 2021, la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 27 %, équivalant à 2'284 fr. 90 par mois, compte tenu d'un revenu sans invalidité de 98'066 fr. et d'un revenu avec invalidité, calculé sur une base statistique, de 71'565 fr. pour une activité d'employé de bureau, avec un rendement de 85 %. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité supplémentaire de 10 % était également allouée à l'assuré.

Par courrier du 5 mars 2021 (date du timbre postal), l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision précitée, demandant en substance son annulation. Il a listé plusieurs éléments factuels qui avaient été retenus de manière erronée dans l'examen final du 20 janvier 2021 selon lui, dont la fin prématurée de son séjour à la Clinique Q. _____ en 2016, qui avait eu lieu vu que « les choses n'évoluaient pas ». Le bureau de poste dans lequel il travaillait n'avait jamais été fermé, de sorte que la mention de sa fermeture qui influençait négativement ses aptitudes fonctionnelles était inexacte. Aucune mention de ses nombreuses postulations en 2016 ne figurait au dossier, alors qu'il en avait effectué une septantaine, ce qui démontrait son intérêt à trouver une solution. Il était vrai qu'il se sentait bien dans son jacuzzi, mais pas en tout temps, et c'était un élément positif qu'il avait trouvé pour atténuer ses douleurs, sans prendre de médicament. Il cherchait sans arrêt des solutions pour lutter contre ses douleurs, et ne se résolvait ni à ces dernières ni au flossum. Son cas avait été clos trop rapidement, il ne comprenait pas l'estimation de sa capacité de travail de 50 % ni sa diminution de rendement de 10 à 20 %, et le pourcentage de diminution de l'intégrité physique obtenu jusqu'alors n'était pas mentionné. Il requérait une analyse correcte et complète.

Par décision sur opposition du 10 mai 2021, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 12 février 2021. En ce qui concernait la stabilisation de l'état de santé (premier grief), elle a indiqué qu'au vu de l'évolution de la santé de l'assuré, son traitement médical ne pouvait plus lui apporter une amélioration notable. Le déficit d'extension du genou, déjà présent en 2015, persistait et était difficile à améliorer,

malgré des séances de physiothérapie. Ces séances, sous forme de simples traitements d'entretien, devaient être pris en charge par l'assurance-maladie et non par l'assurance-accidents. Partant, c'était à bon droit qu'elle avait mis fin aux prestations, l'état de santé de l'assuré étant stabilisé avec effet au 28 février 2021. Il se justifiait dès lors d'examiner le droit à une rente d'invalidité (deuxième grief). S'agissant de ce dernier, le gain de valide n'était pas contesté par l'assuré. La CNA s'était référée aux données salariales obtenues de son ancien employeur, adaptées à l'évolution salariale pour l'année 2021 (augmentation de 1,3 %), et avait abouti à un résultat de 98'066 fr., correspondant au gain de valide hypothétique annuel. Pour calculer le gain hypothétique d'invalidé, la CNA s'était basée sur une capacité de travail entière dans une activité adaptée d'employé de bureau, compte tenu cependant d'un rendement réduit à 85 %, en raison des douleurs rendant nécessaire l'observation de plages de repos supplémentaires. Elle a souligné qu'un nouveau séjour à la Clinique Q._____ n'avait pas pu être organisé en raison des contraintes de l'assuré liées à son activité de [...]. Le rapport de la Clinique Q._____ lui avait néanmoins permis d'apprécier la capacité de travail de l'assuré. Le rapport du séjour aux ateliers du 5 au 23 octobre 2020 avait mis en évidence que la reprise d'une activité sédentaire était envisageable, pour autant que l'assuré puisse alterner la position debout et celle assise, et faire de petits déplacements. Les Dr K._____ et B._____ retenaient la même chose dans leurs rapports subséquents. Les contraintes liées aux douleurs et les pauses à observer durant la journée de travail justifiaient une diminution de rendement de 15 %. En outre, l'assuré réalisait de la mécanique dans son garage durant son arrêt de travail, de sorte que la CNA ne pouvait que suivre l'avis du Dr B._____ dans son rapport du 10 juillet 2020, à savoir qu'une incapacité de travail comme aide-comptable n'était pas justifiée. S'agissant du calcul du gain hypothétique d'invalidé, la CNA avait retenu comme montant de base 6'500 fr., soit le salaire statistique d'un homme, au niveau de compétence 2, pour un horaire de travail hebdomadaire de 40 heures. Après adaptation à la moyenne d'heures de travail hebdomadaires en Suisse et indexation à 2019, 2020 puis 2021, et compte tenu du rendement de 85 %, le revenu d'invalidé s'élevait à 71'565 francs. Après comparaison

avec le revenu de valide, la perte de gain de l'assuré s'élevait à 26'510 fr., soit un taux d'invalidité de 27 %. En ce qui concernait l'indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (troisième grief), l'assuré s'était limité à critiquer le fait que la CNA n'avait pas précisé le pourcentage de diminution de l'intégrité physique obtenu. Lors de la liquidation du cas en 2001, il avait perçu une première indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %. Le 6 janvier 2009, il avait reçu une indemnité de 4,5 % et une autre de 10 % le 7 août 2014. Le 12 février 2021, il avait obtenu une indemnité supplémentaire de 10 %.

B. Par acte du 11 juin 2021, désormais représenté par son conseil Me Yann Jaillet, P. _____ a formé recours à l'encontre de la décision sur opposition précitée, par-devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction puis nouvelle décision, et subsidiairement à la réforme en ce sens que les séances de physiothérapie et de chiropratique continuent d'être prises en charge, qu'une rente d'invalidité de 57 % au minimum lui est allouée et qu'une indemnité IPAI supplémentaire d'au moins 20 % lui est octroyée.

Reprenant ses griefs soulevés en procédure d'opposition, le recourant a fait valoir que la fixation de la stabilisation de son état de santé au 28 février 2021 était erronée, ou à tout le moins hâtive. Le Dr K. _____ s'était fondé sur un séjour à la Clinique Q. _____ qui avait été interrompu prématurément, et alors qu'il s'était déclaré prêt à le poursuivre, voire à le recommencer. La période d'observation avait été incomplète, ce qui rendait le constat du Dr K. _____ entaché d'un vice de forme, qui était de nature à invalider sa pertinence et sa valeur probante. Par ailleurs, il ressentait toujours des douleurs, dont l'intensité était croissante, et son genou droit présentait de nouvelles inflammations. Le laps de temps écoulé entre le séjour à la Clinique Q. _____ et la décision, soit à peine quatre mois, était trop bref pour affirmer que son état de santé s'était stabilisé. La référence au déficit d'extension, déjà constaté en 2015, n'était pas pertinente en l'espèce, car il avait subi une nouvelle opération dans l'intervalle, avec changement de prothèse, qui avait abouti

à une aggravation au lieu de l'amélioration prévue de l'extension. Les « compteurs » avaient donc été remis à zéro par cette intervention et il ne se justifiait pas d'assimiler la situation de 2015 à celle postérieure au 30 octobre 2019. Cette date d'opération était en outre trop proche pour affirmer de manière suffisamment fiable, moins d'une année après, que la situation était stabilisée, alors qu'elle ne l'avait pas été durant quatre ans après la pose de la première prothèse. Depuis cette opération, la phase de guérison avait été sérieusement perturbée par une période de confinement liée à la crise sanitaire du COVID-19, qui avait empêché un suivi régulier et un traitement adéquat de physiothérapie. Sur le plan de la rente, la perte de rendement retenue, de 15 %, était insuffisante. Le choix de ce taux, plutôt que du taux plus favorable de 20 %, n'était pas motivé, alors que le Dr B. _____ avait retenu une diminution de rendement de 10 à 20 %. Le Dr B. _____ était le médecin référencé par l'intimée, de sorte que son appréciation lui apparaissait plutôt défavorable et qu'une diminution de 20 % était déjà une appréciation insuffisante. En sus, la capacité de travail entière retenue par l'intimée était erronée, car basée sur le séjour incomplet à la Clinique Q. _____, et car elle s'écartait sans raison du rapport consécutif audit séjour, qui retenait une capacité de travail de 50 % au moins dans l'activité d'aide-comptable. Le taux d'IPAI retenu n'était pas motivé par l'intimée, de sorte qu'il était impossible de se positionner valablement sur ce point de la décision. Il requérait de pouvoir se déterminer sur la réponse de l'intimée et de pouvoir reprendre l'évaluation débutée à la Clinique Q. _____.

Par réponse du 15 juillet 2021, désormais représentée par son conseil Me Didier Elsig, l'intimée a produit le dossier de la cause, proposé le rejet du recours et la confirmation de sa décision sur opposition du 10 mai 2021. Elle a argué que l'avis du Dr K. _____ devait se voir attribuer une valeur probante entière, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permettait de douter de son bien-fondé, car il émanait d'un médecin d'une assurance sociale. Le fait que ce médecin soit lié à un assureur social par un contrat de travail ne permettait pas en principe à lui seul de conclure à un manque d'objectivité et à de la prévention. La durée écourtée du séjour à la Clinique Q. _____ ne justifiait pas de remettre en

question la valeur probante de l'appréciation du Dr K._____, ceci d'autant moins que ledit séjour avait été centré non pas sur la stabilisation de l'état de santé, mais sur l'évaluation professionnelle. Le recourant présentait toujours des douleurs et un déficit d'extension au niveau de son genou gauche [sic] malgré le changement de prothèse en octobre 2019, il y avait dès lors lieu de noter l'absence d'évolution majeure depuis 2015 et le fait qu'aucun traitement médical ne permettait d'amener une amélioration notable de l'état de santé du recourant. Quant à la rente, le Dr B._____ avait retenu une diminution de rendement sous la forme d'une fourchette de valeurs, soit de l'ordre de 10 à 20 %. Or dans un tel cas, il se justifiait en règle générale de se fonder sur la valeur moyenne de la fourchette, ce qui permettait d'éviter des inégalités de traitement résultant de ce genre d'évaluation. La valeur moyenne de 15 % avait ainsi été retenue à bon droit. Eu égard à l'IPAI, l'intimée avait versé une indemnité complémentaire de 10 % au vu de la situation médicale de l'assuré et de ses douleurs, malgré la réticence du Dr B._____ à ce sujet (cf. pièce 388), de sorte que la décision était fondée sur ce point également, bien que peut-être trop généreuse.

Par réplique du 14 janvier 2022 sous la plume de son conseil, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a fait valoir que malgré l'objectif principal de son dernier séjour à la Clinique Q._____, les médecins ne pouvaient avoir fait abstraction de la question de la stabilisation de son état de santé. L'examen était donc incomplet. Le Dr K._____ avait estimé sa capacité de travail à 50 % et son appréciation était considérée comme pleinement probante, de sorte que l'intimée aurait dû suivre son analyse également sur le plan de la capacité de travail, alors qu'elle s'en était écartée sans explication. L'atteinte dont il souffrait, qui ne lui permettait pas de travailler à plus de 50 %, avec une diminution de rendement de 20 % au moins justifiait, pour autant que l'on admette une stabilisation de l'état de santé, une IPAI de 20 % au minimum.

Par courrier du 19 janvier 2022, le recourant a produit un rapport de la Dre H._____, médecin praticienne, du 20 décembre 2021.

La Dre H._____ indiquait qu'à l'examen clinique, elle avait notamment noté une boiterie modérée et une meilleure statique lombo iliaque comparativement à 2019, un genou droit globuleux avec un flessum de 15° partiellement réductible à 10°, une flexion possible à 120° à droite et 150° à gauche, une raideur lombaire avec test de Schober pathologique et une distance main-sol à 25 cm. Les douleurs étaient soulagées par le repos, la prise du médicament Dafalgan 1 g et l'hydrothérapie (jacuzzi), ce qui faisait suspecter des contractures tendino-musculaires associées. Le recourant présentait des séquelles à la fois douloureuses et statiques, ses plaintes étaient cohérentes avec le statut et les allégations douloureuses étaient réitérées de la même manière aux différents évaluateurs. Le rapport de la Clinique Q._____ retenait, malgré des tests fonctionnels tronqués et empêchés par le COVID-19, une capacité de travail de 50 % avec des limitations fonctionnelles, alors que le rapport du médecin d'arrondissement de la CNA, retenant les mêmes éléments, concluait à une « capacité entière avec limitation et diminution de rendement ». Selon la Dre H._____, « compte tenu des séquelles visibles (flessum rotation externe - limitation lombaire) et invisibles stables (douleurs alléguées / neuropathie associée), le doute devrait bénéficier au patient avec une capacité de travail avec adaptation de poste estimable à 50 à 60 % ».

Par duplique du 4 février 2022, l'intimée a maintenu ses conclusions. Quant à la capacité de travail, le Dr K._____ l'avait estimée à « au moins » 50 %, soit un taux minimal, ce qui ne permettait pas de douter de l'appréciation du Dr B._____. S'agissant de la fixation de l'IPAI, celle-ci dépendait exclusivement de facteurs médicaux objectifs et non de l'importance de l'incapacité de gain. Le recourant n'amenait pas d'élément médical objectif permettant de mettre en doute l'indemnité accordée. Enfin, le rapport de la Dre H._____ confirmait la stabilisation de l'état de santé. Son appréciation de la capacité de travail, réduite à 50 - 60 %, sans diminution de rendement, ne pouvait être suivie. En outre, la prise d'antalgique pour pouvoir exercer une activité adaptée au handicap faisait partie de l'obligation de limiter le préjudice subi et les séances de jacuzzi ne faisaient pas partie d'un traitement à caractère médical.

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 la stabilisation de l'état de santé du recourant, intervenue au plus tard le 28 février 2021 selon la décision attaquée, sur la prise en charge de ses séances de physiothérapie et chiropratique, sur le degré de son invalidité, évalué à 27 %, ainsi que sur la quotité de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à laquelle il peut prétendre, fixée à 10 % dans la décision sur opposition entreprise.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

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

la personne assurée – ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2) – et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. L'utilisation du terme "sensible" par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures - comme une cure thermale - ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (TF 8C_95/2921 précité consid. 3.2 et les références). Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse ainsi dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

4. a) Pour 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 un élément important 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 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à 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 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances 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 permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

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 LPGA).

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_1/2020 du 15 octobre 2020 consid. 3.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références ; TF 8C_837/2019 du 16 septembre 2020 consid. 5.2).

5. a) En l'espèce, l'intimée a mis un terme au versement des indemnités journalières et à la prise en charge des frais de traitement de l'assuré au 28 février 2021, estimant que son état de santé était stabilisé à cette date au plus tard, et qu'il y avait lieu de procéder à l'examen de son droit à une rente d'invalidité. Le recourant, pour sa part, estime dans son premier moyen que cette date a été fixée de manière trop hâtive et que son état de santé n'était pas stabilisé, de sorte que l'intimée aurait dû poursuivre les prestations concernées, en particulier la prise en charge de ses séances de physiothérapie et de chiropratique. Il fait notamment valoir des douleurs croissantes et de nouvelles inflammations de son genou droit, ainsi que la fin prématurée de son dernier séjour à la Clinique Q._____.

b) Il s'agit donc de déterminer si c'est à bon droit que l'intimée a estimé, de manière prospective, qu'il n'y avait plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état du recourant, après le 28 février 2021 (cf. consid. 3b *supra*).

c) A la lecture des pièces médicales au dossier, il appert que les différents médecins consultés s'accordent en réalité sur la stabilisation de l'état de santé du recourant, au sens juridique défini ci-avant, contrairement à ce qu'il prétend.

aa) Le défaut d'extension du genou droit du recourant est apparu dans les trois mois suivant l'implantation de sa première prothèse, le 17 novembre 2015 (cf. rapport du Dr G._____ du 14 mars 2018, qui note un flexum persistant entre 15 et 20°). Lors de son premier séjour à la Clinique Q._____ après dite implantation, en 2016, les médecins ont

estimé que la situation médicale n'était pas stabilisée, car un traitement de physiothérapie pouvait permettre une amélioration (cf. rapport de la Clinique Q._____ du 27 mai 2016). Le recourant présentait alors des douleurs persistantes. Le Dr V._____ estimait que son patient ne pourrait pas récupérer le flexum pour les années à venir et qu'aucun geste orthopédique simple n'était susceptible de régler ce problème (cf. rapport du 4 mai 2016). Le Dr B._____ a constaté dans son rapport du 23 mai 2017 un flessum irréductible d'une vingtaine de degrés, qu'il a qualifié de mauvais résultat fonctionnel sans explication claire. Le Dr G._____ a fait ce même constat, dans un rapport du 29 septembre 2017, soit un flexum irréductible avec peu d'espoir d'amélioration par la physiothérapie ; il a évoqué l'éventualité d'un remplacement total de la prothèse, ce qui pouvait éventuellement réduire le flexum. Ainsi, cette intervention de révision est intervenue dans l'espoir de corriger le flessum et la rotation externe de la jambe, soit la mobilité du genou droit du recourant, qui ne semblait pas pouvoir être améliorée par d'autres mesures médicales, selon les avis congruents des spécialistes consultés. Le Dr L._____ a également estimé que cette intervention était susceptible d'apporter une amélioration et il a procédé au changement de prothèse le 30 octobre 2019. Après l'opération, il a constaté que le déficit d'extension demeurait et était difficile à améliorer, les douleurs ayant toutefois diminué (cf. rapport du Dr L._____ du 13 février 2020). Compte tenu de la persistance du flessum d'une vingtaine de degrés qu'il a observée le 10 juillet 2020, le Dr B._____ a expliqué qu'il n'y avait pas de grand changement par rapport à la situation qui prévalait en 2015. Au vu de l'évolution médicale attestée par les différents médecins précités, cette appréciation apparaît cohérente et motivée, et il se justifiait de comparer la situation du recourant avec celle qui était la sienne en 2015, quoi qu'en dise ce dernier. Le constat selon lequel il n'y a pas eu d'évolution majeure sur le plan médical depuis 2015 ne prête ainsi pas le flanc à la critique et permet d'autant plus d'appuyer l'appréciation selon laquelle la situation du recourant est stabilisée.

L'avis du 24 novembre 2020 Dr K._____ de la Clinique Q._____, à la suite du dernier séjour du recourant, est lui aussi

congruent avec les autres pièces médicales au dossier. Il a en effet relevé le flexum persistant, les douleurs, et l'attitude en rotation externe du genou. Le Dr K._____, à l'instar d'ailleurs des autres médecins, ne voyait pas de nouvelle intervention à proposer. Il a estimé que la situation était stabilisée du point de vue médical, ce qui apparaît cohérent avec ses observations et avec les examens pratiqués. Ce spécialiste a procédé à un examen clinique du recourant, recueilli un rapport de physiothérapie, des examens de laboratoire (en hématologie et chimie), ainsi qu'un rapport des ateliers professionnels. Il a listé les diagnostics, les antécédents médicaux, les plaintes, synthétisé les examens radiologiques réalisés avant l'hospitalisation, et décrit l'évolution durant le séjour. Les constatations du Dr K._____ sont étayées et motivées. Il y a lieu de reconnaître une pleine valeur probante à son rapport, eu égard aux réquisits jurisprudentiels idoines.

Quant au Dr B._____, son dernier rapport d'examen final du 20 janvier 2021 contient un résumé de l'évolution médicale depuis 2014, une retranscription des déclarations du recourant, mentionnant ses plaintes, une description des constatations objectives, et une appréciation motivée exempte de contradictions. Le Dr B._____ a indiqué que les douleurs chroniques étaient toujours présentes, qu'il observait encore un flessum d'une vingtaine de degrés, et que du point de vue thérapeutique, il n'avait pas grand-chose à proposer, la situation étant ainsi stabilisée. Il a en sus relevé que la présence d'une infection à bas bruit ou d'un descellement avaient été écartées. Rien ne permet de douter de la valeur probante de ce rapport non plus.

bb) Le recourant fait valoir la durée écourtée de son séjour à la Clinique Q._____ comme motif permettant d'invalider la pertinence et la valeur probante de l'avis du Dr K._____. Selon le formulaire établi par un médecin d'arrondissement de l'intimée, fixant le cadre du séjour à la Clinique Q._____, ce dernier était prévu pour une durée de quatre semaines au plus (cf. formulaire rempli le 21 juillet 2020, document n° 364). Le recourant a été pris en charge du 30 septembre au 28 octobre 2020 à la Clinique Q._____, soit durant quatre semaines, de sorte que

son séjour avait vraisemblablement été prolongé par rapport à ce qui avait été initialement prévu, puisque les parties s'accordent sur le fait qu'il a dû être interrompu en raison du COVID-19. Le Dr K._____ a indiqué dans son rapport que le séjour avait été « un peu abrégé ». Le recourant n'a pas précisé la durée exacte du séjour dont il n'aurait pas pu bénéficier. Quoiqu'il en soit, son séjour est apparu suffisamment long aux médecins de la Clinique Q._____ pour procéder à leur évaluation, concernant un patient et une situation médicale qui leur étaient par ailleurs déjà connus. Dans ces circonstances, l'on ne voit pas qu'un séjour plus long eût pu changer les conclusions des médecins de la Clinique Q._____, qui ont estimé que la situation était stabilisée, tout comme les autres intervenants médicaux au dossier. Aucun défaut d'instruction ne peut donc être constaté à cet égard. L'on relèvera en sus qu'avant la communication du 1^{er} février 2021 de la CNA, trois mois après l'interruption du séjour, et malgré la proposition formulée par la Clinique Q._____ de reprendre ledit séjour si nécessaire, le recourant n'avait vraisemblablement pas demandé une telle reprise. Du reste, il ne semble pas qu'il ait communiqué ses disponibilités à cet effet, alors que son emploi du temps relatif à son activité de [...] semblait rendre compliquée l'organisation d'un autre séjour (cf. rapport de la Clinique Q._____ du 24 novembre 2020).

cc) Le rapport de la Dre H._____, produit par le recourant, ne permet pas non plus de jeter le doute sur les conclusions médicales des Drs K._____ et B._____, reprises par l'intimée. Cette médecin n'a pas posé de nouveau diagnostic, et n'a pas indiqué que l'état de santé du recourant ne serait pas stabilisé. Elle évoque au contraire des séquelles stables et des douleurs qui sont soulagées par le repos, la prise d'antalgiques et l'hydrothérapie. Son avis ne contredit ainsi pas la fixation temporelle de la stabilisation de l'état de santé au 28 février 2021.

dd) Le recourant argue qu'en substance, le laps de temps écoulé entre la révision de sa prothèse, son dernier séjour à la Clinique Q._____, respectivement le dernier examen du Dr B._____, et la date fixée comme étant celle de la stabilisation de son état de santé, serait trop court. Ce faisant, il perd de vue que le temps écoulé en soi ne figure pas

parmi les critères permettant de déterminer la date de stabilisation de l'état de santé. Partant, les délais séparant les différents éléments soulevés par le recourant ne sauraient avoir une quelconque pertinence en l'espèce, ce d'autant moins qu'aucun avis médical ne soutient cet argument.

d) Il résulte de ce qui précède que l'état de santé de l'assuré était stabilisé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA lorsque l'intimée est passée à l'étape de l'examen du droit à la rente. Il s'ensuit que le droit au traitement médical, y compris à la prise en charge des séances de physiothérapie et de chiropratique (au sens de l'art. 10 LAA), et aux indemnités journalières a ainsi cessé à compter du 1^{er} mars 2021.

En effet, aucun avis médical au dossier ne soutient la thèse selon laquelle un traitement médical pourrait améliorer sensiblement la capacité de travail du recourant après cette date. L'indication du Dr B._____ selon laquelle la poursuite de l'hydrokinésithérapie a « certainement tout son sens » entre, au vu des circonstances du cas d'espèce et des pièces médicales au dossier, dans la catégorie des traitements qui peuvent éventuellement être bénéfiques pour la personne assurée sans toutefois correspondre à ceux dont on peut attendre une amélioration sensible de l'état (consid. 3b *supra*).

Il est encore précisé à toutes fins utiles qu'il n'y avait pas lieu d'impartir un délai au recourant pour s'adapter aux nouvelles circonstances, durant lequel il aurait continué à percevoir des indemnités journalières. L'assureur-accidents doit clore le cas et mettre un terme un terme au paiement desdites indemnités lorsque l'état de santé est stabilisé (TF 8C_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 4.3 ; Margit Moser-Szeless, *in* Dupont/Moser-Szeless [éd.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 38 ad art. 6 LPGA).

6. S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail et du calcul du degré d'invalidité, le recourant conteste la capacité de travail retenue dans une activité adaptée et à la quotité de la diminution de son

rendement. Ne sont en revanche pas litigieux l'absence de capacité de travail dans l'activité habituelle de responsable d'un office postal, les montants retenus au titre de revenu avec et sans invalidité, l'existence d'une diminution de rendement, l'absence d'abattement sur le revenu statistique et le caractère adapté de l'activité d'aide-comptable.

a) L'intimée s'est fondée sur les appréciations des Dr K._____ et B._____, ainsi que sur l'observation aux ateliers de la Clinique Q._____ pour évaluer la capacité de travail du recourant à 100 % dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 15 %.

C'est le lieu de rappeler que sont seuls pertinents pour fixer le degré d'invalidité les documents médicaux et ceux émanant le cas échéant d'autres spécialistes (cf. consid. 4a *supra*). Les affirmations du recourant qui ne se réfèrent pas à des tels documents peuvent ainsi d'emblée être écartées.

b) Au dossier, les appréciations médicales portant sur la capacité de travail du recourant ne contredisent pas celle retenue par l'intimée. Le 23 mai 2017, le Dr B._____ écrivait qu'une activité d'aide-comptable était adaptée et exigible à 100 %. Le 13 février 2020, le Dr L._____ a indiqué que l'activité de comptable pouvait peut-être être exercée à 100 %. Le 10 juillet 2020, le Dr B._____ a rapporté que du point de vue médical, rien ne justifiait une incapacité de travail comme aide-comptable. Il a pris en compte, dans ce rapport, les limitations fonctionnelles du recourant, ainsi que ses déclarations, selon lesquelles il ne parvenait pas à réaliser un horaire complet de travail en raison de ses douleurs qui l'obligeaient à se reposer après quelques heures de travail. En vue de terminer le cas de manière aussi équitable que possible, le Dr B._____ a fait réaliser une observation stationnaire à la Clinique Q._____, centrée sur l'évaluation professionnelle. Lors de ce séjour, le recourant a été observé aux ateliers professionnels de la clinique du 5 au 23 octobre 2020, où il a effectué plusieurs activités (caisse à boulons, assemblage simulé, gravographe, et conditionnement), lors desquelles il a

dû alterner les positions assise et debout toutes les vingt minutes environ, en raison de ses douleurs. Les spécialistes de la réadaptation professionnelle (un médecin spécialiste et un maître socio-professionnel) ont estimé qu'une activité non sédentaire était envisageable, avec alternance des positions et petits déplacements, sans port de charges lourdes. Le Dr K._____ a tenu compte du rapport des ateliers professionnels ainsi que de ses observations, relevé le fait que des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient et conclu à une capacité de travail de 50 % au moins dans l'activité d'aide-comptable, avec alternance des postures. Enfin, lors de l'examen final du recourant par le Dr B._____ le 20 janvier 2021, ce médecin a également relevé des facteurs non-médicaux, exposés d'ailleurs par le recourant lui-même, en particulier son âge. Il a souligné le fait que les douleurs chroniques imposaient des pauses, ce qui diminuait la capacité de rendement, la capacité de travail étant par ailleurs entière.

c) Force est de constater qu'aucune des appréciations médicales précitées ne contredit celle retenue par l'intimée, soit une capacité de travail entière avec une diminution de rendement, dans l'activité d'aide-comptable. Le Dr K._____ a estimé la capacité de travail à au moins 50 %, soit un taux minimal, sans autre précision ni justification. Cette évaluation, formulée sous forme de taux minimal, ne contredit au demeurant pas celle Dr B._____, qui est dûment motivée et convaincante, et dont la valeur probante a été confirmée ci-avant. En outre, les remarques développées ci-avant quant à l'interruption du séjour à la Clinique Q._____ du recourant s'appliquent dans ce contexte également.

d) Quant au rapport de la Dre H._____, produit en procédure judiciaire, il retient de manière erronée que le Dr K._____ aurait estimé la capacité de travail à 50 % et qu'il y aurait une contradiction entre son avis et celui du Dr B._____. En outre, la Dre H._____ indique que vu cette contradiction, il existerait un doute, qui devrait bénéficier au recourant et conduire à retenir une capacité de travail de 50 à 60 %. Ces

considérations ne sont pas objectivées médicalement, et elles ne sauraient mettre en doute l'appréciation du Dr B._____.

e) La quotité de la diminution de rendement, fixée à 15 % par l'intimée, est basée sur l'appréciation du Dr B._____, qui l'exprimait sous la forme d'une fourchette de 10 à 20 %. Le recourant la conteste à deux titres, soit en raison de la relation de travail qui lie ce médecin à l'assurance, ainsi que de la prise en compte de la moyenne de l'intervalle et non du plafond de ce dernier.

Au regard de la jurisprudence claire en la matière, rappelée par l'intimée, il y a lieu de confirmer la diminution de rendement de 15 % retenue. En effet, lorsque, comme en l'espèce, un rapport médical indique la capacité de travail sous la forme d'une fourchette de valeurs, il convient en règle générale de se fonder sur la valeur moyenne, ce qui permet d'éviter les inégalités de traitement résultant de ce genre d'évaluation (TF 9C_280/2010 du 12 avril 2011 consid. 4.2 et les références). Il n'y a pas lieu, en l'occurrence, de s'écarter de cette règle, quoi qu'en dise le recourant. Par ailleurs, les critiques qu'il a formulées en lien avec le statut du Dr B._____ par rapport à l'intimée ne permettent pas de faire naître un doute sur l'exactitude de ses conclusions (cf. consid. 4b *supra*).

f) Partant, il sied de confirmer les éléments de la décision entreprise, s'agissant de la capacité de travail entière du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, et de sa diminution de rendement de 15 %. Les éléments économiques n'étant par ailleurs pas contestés, il se justifie de confirmer l'évaluation de son degré d'invalidité et son droit à la rente, de 27 %, dès le 1^{er} mars 2021.

Il paraît utile de souligner à ce stade que les souffrances du recourant et son invalidité ne sont pas minimisées, que ses nombreuses postulations, sa collaboration et globalement sa bonne volonté ont été mises en avant à de nombreuses reprises par les différents intervenants et médecins consultés.

7. a) Quand bien même il ne se prévaut pas explicitement de l'art. 21 LAA, le recourant conclut à la prise en charge de ses séances de physiothérapie et de chiropratique, de sorte qu'il convient d'examiner les conditions auxquelles de telles mesures médicales pourraient être prises en charge par l'intimée de ce chef (celui de l'art. 10 *cum* 19 LAA ayant été écarté, cf. consid. 5 *supra*). En effet, le recourant a été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité, ce qui ouvre la possibilité de l'application de l'art. 21 LAA, soit de la prise en charge d'un traitement médical après la fixation de la rente. En outre, le Tribunal fédéral a jugé qu'il n'y avait pas d'obstacle à considérer que la rente était fixée au sens de l'art. 21 al. 1 LAA lorsque dans un même recours, les questions de la stabilisation de l'état de santé, du passage à la rente et de la prise en charge d'un traitement médical étaient simultanément soulevées (TF 8C_55/2015 du 12 février 2016 consid. 5 et les références). Tel est le cas en l'espèce.

b) Aux termes de l'art. 21 al. 1 LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle (let. a), lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci (let. b), lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c) ou lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci subisse une notable détérioration (let. d).

c) Pour ce qui concerne la période postérieure à la fixation de la rente, l'art. 21 al. 1 let. a (maladie professionnelle) et let. b (rechute ou séquelles tardives) LAA n'entrent pas en considération en l'occurrence. L'art. 21 al. 1 let. d n'entre également pas en considération puisque cette disposition vise les bénéficiaires de rentes entièrement invalides, ce qui n'est pas le cas en l'espèce (ATF 140 V 130 consid. 2.3). Quant à la let. c de la disposition, le recourant ne démontre pas que les séances de physiothérapie et chiropratique lui seraient nécessaires pour conserver sa

capacité de gain, ce qu'aucun avis médical au dossier ne soutient. En particulier, le Dr B. _____ dans son examen final du 20 janvier 2021, n'a pas indiqué que le maintien de la capacité de travail du recourant dépendait des séances dont il est question. Au demeurant, comme cela a été développé ci-avant (cf. consid. 5 c/aa), l'état de santé du recourant et en particulier le flossum de son genou droit, n'ont pas présenté d'évolution majeure depuis 2015, malgré les nombreuses séances de physiothérapie et de chiropratique dont il a bénéficié, ce qui confirme les remarques qui précèdent. Pour sa part, la Dre H. _____ a indiqué que selon le recourant, le repos, la prise du médicament Dafalgan et l'hydrothérapie (jacuzzi) soulageaient ses douleurs, ce qui ne revient à l'évidence pas à affirmer que des séances de physiothérapie et chiropratique seraient nécessaires à la conservation de la capacité de gain du recourant.

La conclusion du recourant tendant à la prise en charge desdites séances après la fixation de la rente doit ainsi être rejetée sous l'angle de l'art. 21 LAA également. Les conditions précitées n'étant pas remplies, il appartient à l'assurance-maladie obligatoire de prendre en charge les frais de traitement (ATF 140 V 130 consid. 2.2 ; 134 V 109 consid. 4.2 ; TF 8C_691/2021 du 24 février 2022 consid. 3.3).

8. Le recourant conteste la quotité de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui lui a été allouée dans la décision entreprise.

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).

b) 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 toutes les personnes 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 la personne concernée (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité incombe avant tout aux médecins, qui doivent d'une part constater objectivement les limitations, et d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C_566/2017 précité consid. 5.1 et la référence).

c) Le recourant fait valoir qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 % au moins devrait lui être allouée, au vu de l'atteinte dont il souffre, qui ne lui permet pas de travailler à plus de 50 %, avec une diminution de rendement de 20 % au moins.

Comme rappelé ci-avant et comme l'a relevé l'intimée, l'octroi et la quotité de l'IPAI s'apprécient exclusivement d'après des constatations médicales. Les affirmations du recourant ne sauraient invalider l'appréciation de l'intimée à cet égard, qui ne dépend pas de l'importance de l'incapacité de gain du recourant. Il est néanmoins relevé que les indications de l'intimée selon lesquelles elle aurait accordé l'IPAI de 10 % supplémentaire dans la décision entreprise de manière « peut-être trop généreuse » et malgré l'avis contraire du Dr B._____, sont infondées. En effet, ce médecin avait préconisé l'octroi d'une IPAI de 10 % supplémentaire dans son rapport du 23 mai 2017, à la suite du mauvais

résultat fonctionnel qu'il avait constaté. Or, cette indemnité n'avait pas été octroyée avant la décision entreprise, de sorte qu'il n'apparaît pas que cet élément de la décision soit particulièrement généreux, mais bien plutôt qu'il est justifié médicalement.

9. Le dossier étant complet et permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, on ne voit pas en quoi la reprise du séjour d'observation à la Clinique Q._____, ou la mise en œuvre d'un nouveau séjour dans cette clinique, serait de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il y a donc lieu d'y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 et les références citées).

10. a) En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la loi spéciale ne le prévoyant pas (art. 61 let. fbis LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 10 mai 2021 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 :

La greffière :

Du

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

- Me Yann Jaillet (pour M. P. _____),
- Me Didier Elsig (pour la 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 :