

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 25 janvier 2023

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Reinberg, assesseur  
Greffière : Mme Neurohr

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**O.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Sarah Braunschmidt Scheidegger, avocate à Genève,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à Lucerne, intimé, représenté par Me Jeanne-Marie Monney, avocate à Lausanne

---

**Art. 16 LPGA ; art. 15 et 24 LAA.**

**E n f a i t :**

**A.** O.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], marié et père de trois enfants (dont un majeur), sans formation, était employé par B.\_\_\_\_\_ SA depuis le 1<sup>er</sup> septembre 1998 en qualité de poseur de clôtures à 100 %. 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 ou l'intimée).

Le 26 mai 2015, l'assuré a chuté à vélo et a souffert d'une fracture comminutive du plateau tibial du genou gauche avec avulsion du pied tibial du ligament croisé postérieur et d'une entorse du ligament collatéral latéral. L'assuré a été incapable de travailler depuis lors. La CNA a pris en charge le cas.

L'assuré a été opéré le 18 juin 2015 par la Dre Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a réalisé une réduction ouverte et une ostéosynthèse de la fracture (rapport du 3 juillet 2015). L'intéressé s'est vu prescrire des séances de physiothérapie.

Une première tentative de reprise du travail à mi-temps a échoué après quelques jours, en novembre 2015, et une deuxième après un mois, en décembre 2015. L'assuré a été à nouveau totalement incapable de travailler dès le 26 janvier 2016 (cf. certificat du 29 janvier 2016 de la Dre [...]).

Un arthro-scanner du genou gauche réalisé le 28 janvier 2016 a mis en évidence une ostéopénie dystrophique de sous-utilisation du genou gauche. La rotule présentait une chondropathie de grade III de sa facette latérale et de grade II de sa crête.

Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) réalisée le 22 mars 2016 a révélé la présence d'une chondropathie fémoro-patellaire de grade II, avec status post-plastie du ligament croisé

postérieur sans particularité, sans signe de tendinopathie du tendon rotulien.

L'assuré a séjourné à la Clinique P.\_\_\_\_\_ (ci-après : la Clinique P.\_\_\_\_\_) du 18 mai au 15 juin 2016. Dans un rapport du 29 juin 2016, les Drs X.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, spécialistes en médecine physique et réadaptation, ont confirmé le diagnostic de fracture-avulsion déplacée du pied tibial du ligament croisé postérieur et posé le diagnostic d'entorse du ligament collatéral latéral. Ils ont de surcroît écarté tout diagnostic psychiatrique et neurologique. Au plan somatique, ils ont retenu les limitations fonctionnelles provisoires suivantes : longs déplacements, port de charges lourdes, positions contraignantes pour le genou (accroupies et à genoux), positions debout prolongées, monter et descendre les escaliers et les échelles. Les médecins de la Clinique P.\_\_\_\_\_ ont relevé que la situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. Ils ont estimé une stabilisation à deux mois et émis un pronostic de réinsertion favorable dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées. Le pronostic de réinsertion dans l'activité habituelle était défavorable en raison de facteurs contextuels, non-médicaux.

Dans l'intervalle, l'assuré a déposé, le 23 août 2016, une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

A la requête de la CNA, l'employeur lui a fait savoir le 31 janvier 2017 que le salaire horaire de l'assuré pour l'année 2017 se serait élevé à 31 fr. 60 s'il n'avait pas été atteint dans sa santé, pour un horaire hebdomadaire de 40 à 49 heures mais au maximum de 2'200 heures par an.

Un arthro-scanner du genou gauche réalisé le 19 janvier 2017 a montré la continuité de la plastie du ligament croisé postérieur, avec une chondropathie de grade II à III de la facette patellaire externe, sans autres lésions significatives.

Au mois de février 2017, B.\_\_\_\_\_ SA a résilié le contrat de travail de l'assuré, avec effet au 30 avril 2017.

Dans un rapport du 16 mars 2017, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de fracture avulsion du ligament croisé postérieur ostéosynthésée le 10 juin 2015 et de chondropathie fémoro-patellaire post-traumatique de stade II voire III. Il a fait état d'une évolution défavorable, avec la persistance de douleurs importantes du genou, l'évolution étant marquée par l'apparition de la chondropathie fémoro-patellaire. Le Dr C.\_\_\_\_\_ a estimé que la reprise de l'activité habituelle était impossible, une réadaptation professionnelle étant nécessaire. N'ayant pas d'intervention chirurgicale à proposer, le Dr C.\_\_\_\_\_ a adressé l'assuré au Dr R.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint du département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier V.\_\_\_\_\_ (ci-après : Centre hospitalier V.\_\_\_\_\_).

Le Dr R.\_\_\_\_\_ a examiné l'assuré le 6 juillet 2017. Dans un rapport du 13 juillet 2017, il a posé les diagnostics de syndrome fémoro-patellaire gauche dans le cadre d'un status après réinsertion d'une fracture avulsion du pied tibial du ligament croisé postérieur le 18 juin 2015, d'amyotrophie quadricipitale et de déconditionnement musculaire. Il a en outre fait l'appréciation suivante du cas :

« Monsieur O.\_\_\_\_\_ présente donc une symptomatologie de syndrome fémoro-patellaire dans le cadre d'une amyotrophie du vaste interne. Ici, ce n'est qu'une poursuite de renforcement musculaire, mais qui semble ne pas avoir été optimale et le patient va changer de physiothérapeute. Je pense qu'une physiothérapie ciblée, régulière, à la [...] ne serait pas négligeable non plus. De plus il doit utiliser l'antalgie de manière régulière.

Il n'y a pas de contre-indication à ce que ce patient parte à l'étranger durant ses vacances.

Sur le plan professionnel, nous voyons difficilement comment Monsieur O.\_\_\_\_\_ pourrait reprendre une activité telle que celle qu'il pratiquait antérieurement avec les limitations fonctionnelles actuelles, et il faudrait probablement plus se diriger vers une réorientation, dans une activité adaptée. Le problème est que Monsieur O.\_\_\_\_\_ n'a pas de formation certifiée en Suisse et je lui conseille donc d'essayer de se renseigner sur les activités qu'il

pourrait exercer. On pourrait imaginer une activité de conseiller où il y a peu de déplacements à effectuer et où la position est surtout assise.

Je n'ai pas d'autre suggestion à offrir, raison pour laquelle je ne prévois pas de le revoir. J'ai prolongé son arrêt de travail jusqu'à la fin du mois de juillet 2017. »

Faisant suite à un examen de l'assuré le 3 octobre 2017, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait savoir à l'OAI le 30 octobre 2017 qu'il estimait, à deux ans du traumatisme, que le cas était stabilisé. Une réadaptation professionnelle lui semblait nécessaire, l'invalidité étant principalement liée à l'arthrose fémoro-patellaire post-traumatique. Il a établi les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail à genoux ou en position accroupie, travail impliquant les stations debout de maximum 45 minutes à la fois, position assise par périodes de 2 à 3 heures à la fois maximum, montée d'escaliers limitée à deux étages à la fois, changement régulier de positions dans l'idéal. Il a estimé que l'incapacité de travail demeurait totale dans l'activité habituelle.

L'assuré a été examiné le 13 décembre 2017 par la Dre J.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA. Dans son rapport du 21 décembre 2017, elle a posé le diagnostic de douleurs persistantes du genou gauche avec syndrome fémoro-patellaire gauche dans le cadre d'un status après réinsertion d'une fracture avulsion du pied tibial du ligament croisé postérieur le 26 mai 2015 qui avait nécessité, le 18 juin 2015, une réduction ouverte et ostéosynthèse de cette fracture. Les diagnostics secondaires étaient ceux de déconditionnement musculaire et d'obésité de stade II. Elle a pour le surplus fait l'appréciation suivante du cas :

« Sur le plan médical, la situation est stabilisée. Il existe des facteurs extra-médicaux (l'assuré n'écrit pas le français, le parle assez bien, n'a pas de formation certifiante, présente une kinésiophobie, une accentuation des plaintes, une attitude démonstrative, une inquiétude vis-à-vis de l'avenir, ainsi qu'une tristesse par rapport à son licenciement). Toutefois, ces facteurs ne sont pas des facteurs à prendre en compte dans notre appréciation de la capacité de travail en lien avec l'événement du 26.05.2015.

L'activité de poseur de clôtures n'est plus exigible et nous pouvons retenir comme limitations fonctionnelles :

- Pas de marche répétée en terrain irrégulier.
- Pas de marche prolongée de plus de 30 min.

- Pas de travail à genoux ou en position accroupie.
- Pas de travail impliquant des stations debout ou de maximum 45 min à la fois.
- Pas de position assise sans pouvoir se lever 1 x par heure.
- Alternance des positions assises et debout.
- Pas de montée d'escaliers répétée, de montée sur une échelle ou un échafaudage.

Dans une activité respectant ces limitations fonctionnelles, la capacité de travail exigible est entière et sans diminution de rendement.

Nous avons proposé à l'assuré de reprendre contact avec l'AI au début de l'année s'il ne reçoit pas de nouvelles de leur part.

L'assuré ne présente pas de séquelle indemnisable selon les tables pour indemnisation pour atteinte à l'intégrité, la chondropathie n'étant pas suffisamment avancée. »

Le 9 février 2018, B. \_\_\_\_\_ SA a fait savoir à la CNA que le salaire de base de l'assuré se serait élevé à 31 fr. 70 en 2018, pour un horaire de 40 à 49 heures de travail par semaine.

Dans un rapport du 15 mai 2018, le Dr W. \_\_\_\_\_ a noté que le patient considérait que ses douleurs étaient stabilisées, avec quelques exacerbations lors des changements de temps et lors de la position debout ou assise prolongée. L'examen clinique montrait un genou calme, sec et stable dans les deux plans. Les cicatrices étaient sans particularité, le signe du Rabot positif, la palpation indolore, la flexion-extension atteignait 120-0-0° (130-0-0° à gauche). L'IRM demandée par le médecin traitant et effectuée le 24 avril 2018 ne montrait pas de progression des lésions chondrales.

Le 4 juillet 2019, B. \_\_\_\_\_ SA a communiqué à la CNA qu'en 2019, sans atteinte à la santé, l'assuré aurait perçu un salaire horaire de 32 fr. de l'heure, treizième salaire en sus, pour environ 2'200 heures.

Dans l'intervalle, l'assuré a bénéficié de mesures professionnelles de la part de l'OAI, à savoir une formation pratique d'opérateur en horlogerie à titre de mesure de reclassement de juin 2018 à juillet 2019, des cours de français privés d'août 2018 à avril 2019, une mesure de soutien à la formation et à l'intégration d'août 2019 à février

2020 puis une mesure Insertec de février au 19 juin 2020. L'assuré a perçu des indemnités journalières durant ces mesures. Il s'est ensuite inscrit au chômage.

Le 20 juillet 2020, la CNA s'est vue remettre par le Centre hospitalier V.\_\_\_\_\_ les rapports de prise en charge figurant dans le fichier patient de l'assuré.

La CNA a soumis ces rapports à la Dre J.\_\_\_\_\_, qui, dans un avis du 21 juillet 2020, a relevé que, sur le plan somatique, la situation était superposable à celle qui prévalait lors de l'examen du 13 décembre 2017. Les limitations fonctionnelles étaient les mêmes et l'assuré ne présentait pas de séquelle correspondant à un taux d'IPAI selon les tables d'indemnisation.

Par courrier du 17 août 2020, la CNA a notamment informé l'assuré que, compte tenu de la stabilisation de l'état de santé, elle mettait fin au paiement des soins médicaux avec effet au 17 août 2020. Dès lors que des indemnités journalières avaient été versées par l'assurance-invalidité, dans le cadre de mesures professionnelles, jusqu'au 19 juin 2020, la CNA examinerait alors si elle pouvait encore allouer d'autres prestations d'assurance.

Dans un avis du 7 octobre 2020, la Dre J.\_\_\_\_\_ a précisé les limitations fonctionnelles comme suit : pas de marche répétée en terrain irrégulier, pas de marche prolongée de plus de 30 minutes, pas de travail à genoux ou en position accroupie, pas de travail impliquant des stations debout ou de maximum 45 minutes à la fois, pas de position assise sans pouvoir se lever une fois par heure, alternance des positions assises et debout, pas de montée d'escaliers répétée, de montée sur une échelle ou un échafaudages, pas de port de charges supérieures à 15 kg, pas de port de charges régulier de 10 à 15 kg, port régulier de charges inférieures à 10 kg.

Par courriel du 7 octobre 2020, B. \_\_\_\_\_ SA a confirmé à la CNA que le salaire de base de l'assuré se serait élevé à 32 fr. de l'heure en 2020, treizième salaire par 8,33 % et congés payés par 10,64 % en sus, s'il n'avait pas été atteint dans sa santé, pour 2'200 heures par an selon la Convention collective de travail (CCT ; [La Convention collective de travail des paysagistes et entrepreneurs de jardins du Canton de Vaud]).

Dans l'intervalle, l'OAI a rendu une décision le 21 octobre 2020 aux termes de laquelle il a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> février 2017 au 31 janvier 2018. L'OAI a retenu que l'assuré était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle, mais disposait, depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2017, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il a ainsi déterminé son degré d'invalidité à cette date en comparant le revenu sans invalidité, arrêté à 84'246 fr., au revenu sans invalidité arrêté au moyen des données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour un homme travaillant à plein temps dans une activité légère dans le domaine de la production et des services, soit 67'656 fr. 27. Le degré d'invalidité de 19,69 % ainsi obtenu était inférieur au seuil donnant droit à une rente, de sorte que le droit à la rente s'éteignait trois mois après l'amélioration de l'état de santé. L'OAI a également procédé à la comparaison des revenus à l'issue du droit aux mesures en 2020 et constaté que le degré d'invalidité de 20,98 % demeurait inférieur au seuil légal ouvrant droit à une rente. Cette décision a fait l'objet d'un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cause AI 368/20).

Par décision du 26 mars 2021, la CNA a accordé à l'assuré une rente d'invalidité de 14 % à partir du 1<sup>er</sup> juin 2020. Elle a retenu que l'assuré était à même, des suites de l'accident, d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie, à la condition qu'il ne doive pas porter de charges plus de 10 kg, marcher durant un laps de temps prolongé de plus de 30 minutes ou monter les escaliers de manière répétée et qu'il puisse travailler en position alternée assise/debout. Une telle activité lui permettrait de réaliser, au vu des données statistiques de l'ESS, pour un homme, au niveau de compétences 1 et en tenant compte d'un

abattement de 5 % lié aux limitations fonctionnelles, un salaire annuel de 65'802 fr. en 2020. Comparé au gain de 76'264 fr. réalisable sans l'accident, il en résultait une perte de 14 %. La CNA reconnaissait dès lors une rente d'invalidité conforme à ce taux. Le montant de la rente mensuelle était déterminé sur la base d'un gain assuré de 93'315 francs. La CNA a en revanche refusé d'octroyer une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI), au motif qu'il n'y avait pas d'atteinte importante à l'intégrité physique.

L'assuré, désormais représenté par Me Braunschmidt Scheidegger, s'est opposé à cette décision le 27 avril 2021. Il a reproché à la CNA une mauvaise instruction de son dossier, dès lors qu'il n'avait pas été examiné par un spécialiste en orthopédie et que les troubles psychiques dont il souffrait n'avaient pas été investigués. Il a contesté le salaire déterminant, estimant que le gain présumable en 2019 se serait élevé à 98'225 fr., et non à 93'315 fr., au vu des nouvelles attestations établies par l'employeur les 26 novembre et 15 décembre 2020. Il a également soutenu que l'abattement sur le revenu d'invalidité devait être de 20 % pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles conséquentes. Il a enfin estimé avoir droit à une IPAI en raison de ses limitations permanentes.

Par décision sur opposition du 27 août 2021, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 26 mars 2021. Elle a relevé que l'assuré ne formulait aucun grief précis à l'encontre de l'appréciation de la Dre J.\_\_\_\_\_, laquelle était considérée, de par sa fonction et sa position professionnelle, comme étant une spécialiste en matière de traumatologie, indépendamment de sa spécialisation médicale. Elle a encore observé que les médecins de la Clinique P.\_\_\_\_\_ avaient exclu tout diagnostic psychiatrique et qu'aucun élément ne mettait en doute cette appréciation. S'agissant du gain assuré, celui-ci était déterminé sur la base du salaire gagné par l'assuré durant l'année précédant l'accident, majoré du droit au treizième salaire et des allocations familiales, mais pas du droit aux vacances. Il n'y avait en outre pas lieu de prendre en compte l'évolution des salaires chez son ancien employeur. Le gain assuré était donc

correctement calculé. S'agissant du revenu avec invalidité, la CNA a confirmé l'abattement de 5 % appliqué, celui-ci étant conforme aux limitations fonctionnelles permettant un travail dans des activités légères, plutôt sédentaires et autorisant des positions alternées. Après avoir précisé que le revenu d'invalidité s'élevait à 65'477 fr. 40, au vu des données définitives d'indexation des revenus pour 2020, elle a confirmé le calcul du degré d'invalidité de 14 %. Enfin, l'assuré n'apportait aucun élément médical mettant en doute l'appréciation de la Dre J. \_\_\_\_\_ s'agissant de l'IPAI.

**B.** Par acte de son mandataire du 30 septembre 2021, O. \_\_\_\_\_ a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision sur opposition, concluant principalement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, subsidiairement au constat « d'un salaire déterminant de 98'225 fr. et d'un abattement de 20 % », ainsi que du droit à une rente d'invalidité de 25 % et à une IPAI de 30 %. Le recourant a réitéré les griefs soulevés au stade de l'opposition.

Par réponse du 9 décembre 2021, l'intimée, désormais représentée par l'avocate Jeanne-Marie Monney, a conclu au rejet du recours. Renvoyant aux développements contenus dans la décision sur opposition, la CNA a développé le calcul du gain assuré, lequel permet de déterminer le montant de la rente mensuelle. Elle a confirmé que le calcul du degré d'invalidité de 14 %, après comparaison des revenus sans invalidité (76'264 fr. 32) et avec invalidité (65'477 fr. 40), était correct.

### **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 des prestations de l'assurance-accidents, en particulier une rente d'invalidité et une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

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

**b)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de

causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C\_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

**c)** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré 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 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C\_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

**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 LPG), 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).

**c)** 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).

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les médecins de la CNA sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (TF 8C\_626/2021 du 29 janvier 2022 consid. 4.3.1 ; 8C\_108/2020 du 22 décembre 2020 consid. 4.4.2).

**5.** Le recourant reproche à la CNA de ne pas l'avoir soumis à l'examen d'un spécialiste en orthopédie et d'avoir négligé les troubles psychiques dont il souffre. Il soutient que la CNA n'a pas suffisamment instruit son dossier.

Comme le relève à juste titre la CNA, le recourant ne formule aucun grief précis contre l'appréciation de la Dre J.\_\_\_\_\_. Or, les rapports des médecins internes à l'assureur ont une pleine valeur probante, pour autant qu'ils ne laissent subsister aucun indice contre leur bienfondé (cf. consid. 4c). En l'occurrence, les rapports de la Dre J.\_\_\_\_\_ ont été établis après un examen clinique de l'assuré et une analyse détaillée des pièces au dossier. Ses constatations rejoignent au demeurant celles du Dr W.\_\_\_\_\_, lequel a constaté que l'invalidité était principalement liée à l'arthrose fémoro-patellaire post-traumatique (cf. rapport du 30 octobre 2017), avec un genou sec, calme et stable sur les deux plans, avec des cicatrices sans particularité et une flexion-extension quasiment analogue à droite qu'à gauche (cf. rapport du 15 mai 2018). En outre, en sa qualité de médecin d'arrondissement de la CNA, la Dre J.\_\_\_\_\_ est considérée comme une spécialiste en matière de traumatologie, indépendamment de sa spécialisation médicale (cf. consid 4c) ; elle était donc compétente pour apprécier le cas de l'assuré. Enfin, lors du séjour à la Clinique P.\_\_\_\_\_, les médecins ont exclu tout diagnostic psychiatrique. Depuis lors, aucun élément au dossier n'a mis en évidence la présence d'une pathologie psychiatrique chez l'assuré. Celui-ci n'étaye d'ailleurs pas ses allégations à ce propos. Les griefs du recourant, mal fondés, doivent ainsi être rejetés.

**6. a)** 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 de la capacité de travail (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. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

**b)** 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).

**c)** 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).

**d)** 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 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

**e)** Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la

personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2).

**f)** Lorsque la personne assurée 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 143 V 295 consid. 2.2 et 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 (TF 8C\_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2).

La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que 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 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

**7.** Selon l'art. 15 LAA, les indemnités journalières et les rentes sont calculées d'après le gain assuré (al. 1). Est réputé gain assuré pour le calcul des indemnités journalières le dernier salaire que l'assuré a reçu

avant l'accident ; est déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident (al. 2). L'art. 24 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202) précise que lorsque le droit à la rente naît plus de cinq ans après l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle, le salaire déterminant est celui que l'assuré aurait reçu, pendant l'année qui précède l'ouverture du droit à la rente, s'il n'avait pas été victime de l'accident ou de la maladie professionnelle, à condition toutefois que ce salaire soit plus élevé que celui qu'il touchait juste avant la survenance de l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle.

**8.** Le recourant conteste, d'une part, le salaire déterminant et, d'autre part, l'abattement appliqué au revenu avec invalidité.

**a)** Dans un premier grief, le recourant conteste le montant de 93'315 fr. en se référant à l'art. 24 al. 2 OLAA, considérant qu'il est sous-évalué. Il soutient d'une part qu'il effectuait des heures supplémentaires par rapport à ce que prévoit la CCT et que le droit aux congés payés doit être rajouté. Le recourant, bien que peu clair dans son argumentation, conteste le gain assuré. La CNA a détaillé le calcul auquel elle s'est livrée pour arrêter le gain assuré. Elle a ainsi déterminé le salaire gagné par l'assuré l'année précédant son accident en se fondant sur les fiches de salaire de mai 2014 à mai 2015 dont il ressort un revenu de 74'464 fr. 55, treizième salaire par 6'202 fr. 90 et allocations familiales en sus. Elle ne s'est en conséquence pas référée aux heures de travail maximales prévues par la CCT mais bien aux heures effectivement réalisées par l'assuré durant cette période. De même, la CNA n'a pas ajouté la part du salaire concernant le droit aux congés payés, les fiches de salaire sur lesquelles elle s'est fondée les incluant déjà. Il n'y a donc pas lieu de les comptabiliser une deuxième fois. Vu ce qui précède, le calcul du gain assuré peut être confirmé.

On précisera que le gain assuré diffère du revenu sans invalidité, le recourant semblant confondre ces deux notions. Si le premier, dont le calcul a été détaillé ci-dessus, est déterminant pour arrêter le

montant de la rente (art. 15 LAA), le second permet d'établir le principe du droit à la rente et correspond au revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 16 LPGA). En l'occurrence, B. \_\_\_\_\_ SA, l'ancien employeur de l'assuré, a communiqué tous les ans à la CNA le salaire horaire qu'aurait perçu l'assuré s'il n'avait pas été atteint dans sa santé. Il y a donc lieu de se référer à ces communications, lesquelles attestent au demeurant de l'évolution progressive du salaire qu'aurait touché l'assuré, au contraire des attestations des 26 novembre et 15 décembre 2020 dont il se prévaut désormais. Le revenu sans invalidité a ainsi été déterminé par la CNA sur la base des informations transmises par B. \_\_\_\_\_ SA le 7 octobre 2020. Il ressort de cette communication que le revenu de l'assuré se serait élevé à 32 fr. de l'heure en 2020, pour un horaire annuel de 2'200 heures, part au treizième salaire par 8,33 % et droit aux vacances par 10,64 % en sus. Or, la CNA n'a pas pris en compte le droit aux vacances dans la détermination du revenu sans invalidité, alors que celui-ci fait partie intégrante du salaire. Il y a donc lieu de le comptabiliser. Le revenu sans invalidité s'élève ainsi à 83'754 fr. 90 ([32 fr. x 2'200 h] + 5'864 fr. 32 [part du 13<sup>e</sup> salaire] + 7'490 fr. 56 [part du droit aux vacances]). On observera que le revenu sans invalidité ainsi fixé est proche de celui retenu par l'OAI dans sa décision du 21 octobre 2020, par laquelle il a procédé à la moyenne des revenus des quatre années précédant l'accident, quand bien même ce calcul ne lie pas la CNA.

**b)** Le recourant conteste, dans un deuxième grief, l'abattement de 5 % opéré sur le revenu avec invalidité retenu par la CNA. Il soutient que l'abattement doit être porté à 20 % au vu des limitations fonctionnelles très nombreuses et conséquentes qui affectent tant la marche, la station debout et assise, que le port de charges. Le recourant n'expose toutefois pas les raisons pour lesquelles l'appréciation de ses limitations fonctionnelles par la Dre J. \_\_\_\_\_ serait erronée et commanderait un abattement supérieur à 5 %. Les Drs X. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ de la Clinique P. \_\_\_\_\_ confirment d'ailleurs, dans leur rapport du 29 juin 2016, les limitations fonctionnelles retenues par la Dre J. \_\_\_\_\_, tout comme le Dr W. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 30 octobre 2017. Le grief du recourant doit ainsi être rejeté.

**c)** La comparaison du revenu sans invalidité (83'754 fr. 90) et du revenu avec invalidité (65'477 fr. 40) conduit ainsi à un taux d'invalidité de 21,82 %, arrondi à 22 % (ATF 130 V 121).

**9.** 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, 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).

**10.** Le recourant soutient qu'il a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 %, en application de la table 5 d'indemnisation de la CNA. Il se prévaut de son atteinte au genou, qu'il estime équivalente à une arthrose moyenne, ainsi que de sa symptomatologie douloureuse persistante.

La Dre J.\_\_\_\_\_, dans son avis du 21 juillet 2020, a estimé que l'assuré ne présentait pas de séquelles correspondant à un taux d'IPAI dans les tables d'indemnisation de la CNA. Elle a relevé que la situation était superposable à celle constatée lors de son examen final du 13 décembre 2017 et que les limitations fonctionnelles étaient inchangées depuis lors. Il ressort en effet que si l'assuré souffre d'arthrose fémoro-patellaire post-traumatique (cf. rapport du 30 octobre 2017 du Dr W.\_\_\_\_\_), son genou atteint une flexion-extension quasiment analogue à droite qu'à gauche (cf. rapport du 15 mai 2018 du Dr W.\_\_\_\_\_.). L'assuré ne présente donc pas d'atteinte importante justifiant une

indemnisation pour atteinte à l'intégrité. Il ne le justifie au demeurant pas au moyen d'un avis médical motivé. L'appréciation de la Dre J. \_\_\_\_\_ peut ainsi être suivie.

**11.** 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 mise en œuvre d'une expertise telle que sollicité par l'intéressé serait de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il en va de même de la production du dossier de l'OAI le concernant, étant précisé qu'il y a eu des productions régulières des pièces du dossier OAI au dossier de la CNA, et inversement. Il y a donc lieu de renoncer à ces mesures d'instruction, par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

**12.** Vu ce qui précède, le recours doit être partiellement admis et la décision sur opposition réformée en ce sens que O. \_\_\_\_\_ a droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 22 % à compter du 1<sup>er</sup> juin 2020 ; elle est maintenue pour le surplus.

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA).

Vu le sort de ses conclusions, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens réduits à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée.

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

- I. Le recours est partiellement admis.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 27 août 2021 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est réformée en ce sens que O.\_\_\_\_\_ a droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents d'un taux de 22 % à compter du 1<sup>er</sup> juin 2020 ; elle est maintenue pour le surplus.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
  
- IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à O.\_\_\_\_\_ une indemnité de 1'000 fr. (mille francs), à titre de dépens réduits.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Sarah Braunschmidt Scheiddeger (pour O.\_\_\_\_\_),
- Me Jeanne-Marie Monney (pour 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 :