

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 septembre 2022

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mmes Röthenbacher et Berberat, juges
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant,

et

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

**Art. 16 LPGA ; 6 al. 1, 18 al. 1, 19 al. 1, 24 et 25 al. 1 LAA ; 28 al. 4
et 36 OLAA**

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], horticulteur de formation, a subi un accident le 23 juillet 1986 alors qu'il était employé de [...]. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) a pris en charge le sinistre, qui a nécessité en particulier une opération au niveau des ligaments croisés du genou droit.

Le 13 novembre 2014, [...] a adressé une déclaration d'accident à la CNA, indiquant que l'assuré avait à nouveau des problèmes à son genou droit et que la pose d'une demi-prothèse était envisagée. Il était précisé que l'intéressé avait entre-temps quitté son emploi et entrepris une activité indépendante dès février 2003.

Le 26 novembre 2014, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a adressé un rapport intermédiaire à la CNA, dans lequel il a posé le diagnostic de gonarthrose stade IV post-traumatique du genou interne droit. Une première consultation avait eu lieu le 17 mars 2010 en raison de douleurs apparues depuis environ six mois et des résultats d'une IRM (imagerie par résonance médicale) effectuée le 22 février 2010. Le Dr K._____ a émis l'appréciation suivante :

« Il s'agit d'une gonarthrose stade IV avec un œdème osseux sous-chondral au niveau du condyle fémoral interne, à la suite d'une plastie du [ligament croisé antérieur] à deux reprises en 1986, 1987 combinée avec une ménisectomie interne. Le cas revient tout à fait clairement à la Suva à la suite de l'accident susmentionné. Par contre, actuellement la seule chose que je pourrais proposer au patient, c'est une prothèse unicompartmentale interne, vu qu'il présente déjà un œdème sous-chondral. (...) »

Sur avis de son médecin d'arrondissement, la CNA a informé l'assuré et le Dr K._____ le 28 novembre 2014 qu'elle prendrait en charge les frais médicaux. Elle a également alloué des indemnités journalières sur la base d'un degré d'incapacité de travail de 50 % à compter du 1^{er} novembre 2014 et tenant compte du fait que la rechute de

l'assuré était survenue alors qu'il était déjà en arrêt de travail et obtenait des indemnités de son assurance perte de gain en raison d'un autre accident (victime d'une agression le 13 août 2002). L'assuré percevait par ailleurs une demi-rente de l'assurance-invalidité (AI).

Dans un rapport du 4 mars 2015, le Dr K. _____ a indiqué que l'assuré avait passé une nouvelle IRM le 3 mars 2015 ainsi qu'un orthoradiogramme. Les douleurs au genou avaient empiré et la seule indication opératoire possible désormais était la mise en place d'une prothèse totale du genou. La CNA a garanti la prise en charge de cette proposition thérapeutique et l'intervention a eu lieu le 22 juin 2015.

L'assuré se plaignant toujours de douleurs importantes et de ne pas pouvoir marcher sans cannes en août 2015, la CNA l'a adressé à la Clinique V. _____, où il a séjourné du 21 octobre au 17 novembre 2015, pour une rééducation stationnaire et une évaluation multidisciplinaire. Selon le rapport établi le 26 novembre 2015, le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitations fonctionnelles persistantes du genou droit a été posé, ainsi que les diagnostics supplémentaires de gonarthrose droite post-traumatique et synovite du genou droit d'origine indéterminée. Il était précisé que, face à l'existence de signes inflammatoires, des bilans biologiques avaient été effectués à deux reprises, ainsi qu'un ultrason et un prélèvement articulaire. La clinique n'était pas typique d'une algodystrophie (maladie de Südeck, appelée également syndrome douloureux régional complexe, abrégée SDRC ou CRPS), dont les critères de diagnostic n'étaient pas remplis. Il existait une réaction inflammatoire de la synoviale d'étiologie encore non déterminée, à investiguer en cas de persistance des douleurs. Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes étaient retenues : travail en position accroupie ou à genou, réalisations fréquentes d'escaliers ou d'échelles, marche prolongée en terrain inégal, port de charge lourde. La situation n'était pas stabilisée et la poursuite de la physiothérapie était nécessaire pour récupérer la force du quadriceps droit et poursuivre le travail fonctionnel de marche et de stabilité.

L'assuré a été examiné par le Dr Q._____, médecin d'arrondissement de la CNA et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 2 mai 2016, ce médecin a constaté que, sur le plan médical, l'inflammation résiduelle du genou relevait de la poursuite d'un traitement anti-inflammatoire ainsi que des mesures de physiothérapie. L'indication à une éventuelle révision chirurgicale ne pouvait toutefois être exclue en cas d'aggravation future des phénomènes inflammatoires. La situation était suffisamment stabilisée pour constater que les limitations fonctionnelles durables du genou droit ne permettraient pas à l'assuré de retrouver une capacité de travail sur le terrain dans une activité de jardinier-paysagiste indépendant. Sur le plan médico-théorique, une pleine capacité de travail pourrait être retrouvée dans une activité à prépondérance sédentaire, n'exigeant pas la marche en terrain irrégulier ni les positions contraignantes pour le genou, accroupies ou à genoux ou le port de charges. Dans un rapport séparé établi le même jour, le Dr Q._____ a évalué à 30 % l'atteinte à l'intégrité subie par l'assuré à son genou droit, en appliquant le taux prévu pour une arthrose grave du genou dans la table 5 des barèmes d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité.

Le 2 juin 2016, la CNA a versé au dossier un extrait du compte individuel AVS de l'assuré. Elle a ensuite informé l'assuré qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière dès le 1^{er} décembre 2016 par courrier du 7 novembre 2016.

Le Dr K._____ a revu l'assuré le 16 novembre 2016 et a relevé qu'à une année post-opératoire, il y avait toujours un épanchement relativement marqué selon les activités, avec impossibilité de s'accroupir ou de s'agenouiller, mais qu'une lente et légère amélioration pouvait être attendue avec le temps. Le patient était définitivement inapte au métier de paysagiste mais présentait une pleine capacité de travail avec les limitations suivantes : position debout-assise alternée, pas de position debout stationnaire prolongée, pas de marche prolongée, pas de terrains irréguliers, pas d'échelle, pas de position agenouillée ou accroupie.

Par courrier du 5 décembre 2016, l'assuré a contesté présenter une capacité de travail résiduelle, faisant valoir que son genou gonflait toujours, qu'il avait des douleurs en continu et que son genou lâchait, causant des chutes.

Par décision du 20 janvier 2017, la CNA a alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 % et constaté qu'aucune rente d'invalidité de devait être versée, en l'absence d'une diminution notable de la capacité de gain due à l'accident. L'assuré s'est opposé à cette décision.

Le 4 avril 2017, l'Office de l'assurance-invalidité a constaté qu'il existait une capacité de travail complète dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne du genou et de port de charge, mais que l'assuré ne présentait aucun potentiel de réinsertion dans l'économie du travail. En conséquence, il a reconnu le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2015.

L'assuré a consulté le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel l'a adressé au Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en exposant ce qui suit dans son courrier du 9 juin 2017 :

« Je vois Monsieur B._____ pour la première fois le 08.06.2017, il a été opéré il y a deux ans avec la pose d'une [prothèse totale du genou] sur une gonarthrose post traumatique. Le cas est couvert par la Suva. Les suites ont été difficiles malgré une rééducation poussée, ce jour, il se plaint de douleurs persistantes et surtout d'une faiblesse du genou avec des lâchages qui l'ont déjà fait chuter à plusieurs reprises. Le patient qui est horticulteur indépendant n'est plus en mesure de travailler, son inconfort semble se péjorer au fil des mois.

A l'examen clinique, le genou présente un léger épanchement, sans chaleur, l'extension est complète, la flexion est à 90°. La stabilité me paraît bonne. Je suspecte la présence d'une insuffisance du quadriceps avec une difficulté à soulever la jambe en extension et des douleurs au niveau de l'insertion du tendon sur le site de l'arthotomie. A la palpation, il me semble être en présence d'une légère déhiscence du tendon du quadriceps. Cette région est également fortement douloureuse.

Aux radiographies, je ne mets pas en évidence de suspicion de descellement. Le patient a été investigué de manière large par son opérateur notre collègue le Docteur K._____, une suspicion d'infection n'a pas été confirmée. »

Les Drs P._____ et F._____, également spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont examiné l'assuré le 21 juillet 2017. Dans leur rapport du 14 août 2017, ces médecins ont exposé que les gonalgies, accompagnées de sensations d'instabilité et d'une perte de force sur l'appareil extenseur, suggéraient plusieurs pistes à investiguer. Précisant qu'ils ne retenaient pas le diagnostic de CRPS de type 1 et que les bilans semblaient exclure un descellement des implants et une infection, ils considéraient le cas comme non stabilisé. Une reprise chirurgicale paraissait probable.

Après consultation de son médecin d'arrondissement, la CNA a confirmé le 11 septembre 2017 qu'elle prendrait en charge l'intervention envisagée par les Drs F._____ et P._____. Elle a par ailleurs suspendu la procédure d'opposition à sa décision du 20 janvier 2017 et repris le versement d'indemnités journalières à compter du 21 août 2017, première date retenue pour l'intervention.

L'intervention a eu lieu le 25 janvier 2018, durant laquelle il a notamment été procédé au remplacement de la prothèse. Les chirurgiens ont posé les diagnostics de descellement du composant tibial subtotal de l'arthroplastie totale du genou et de rupture chronique du tendon du quadriceps à son insertion au pôle supérieur de la rotule, probablement développée en status peropératoire de l'arthroplastie totale de genou (cf. protocole opératoire du 5 février 2018). Une incapacité de travail totale a été délivrée jusqu'au 30 avril 2018, puis prolongée à plusieurs reprises.

Dans un rapport du 31 août 2018, les Drs P._____ et H._____, médecin assistant, ont constaté une bonne évolution, l'assuré ne présentant aucun problème ni douleur. Ils préconisaient la poursuite de la physiothérapie et l'arrêt progressif du port de l'attelle articulée. Ils ont toutefois prolongé l'arrêt de travail à 100 %, au motif que la reprise de l'activité de paysagiste semblait difficile et qu'une réorientation

professionnelle était à envisager. Ils ont précisé, à l'attention de la CNA, que le suivi en cours était « la suite de la prise en charge du Dr K. _____ » et non une rechute.

L'assuré a été vu le 12 septembre 2018 par le Dr Z. _____, médecin d'arrondissement et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a conclu comme suit :

« Assuré de 64 ans, qui est à 8 mois d'un changement de prothèse totale du genou droit, suite à un échec d'une première implantation en 2016. Ce changement de prothèse s'est accompagné d'une suture-réfection du tendon quadricipital, renforcée par une allogreffe au tendon achilléen.

(...)

L'état n'est pas stabilisé, il s'agit des suites de l'implantation prothétique du 22 juin 2015, dont on a finalement compris les raisons médicales de l'échec, échec en rapport avec une insuffisance de l'appareil extenseur au niveau proximal.

Je propose de revoir l'assuré à la stabilisation de l'état, soit à 18 mois du changement de prothèse, dans la mesure où un travail de rééducation sans attelle n'a pas encore été entrepris du fait de la faiblesse persistante du quadriceps et de l'appréhension de nouvel épisode d'instabilité.

(...) »

Le 12 novembre 2018, la CNA a annulé sa décision du 20 janvier 2017 et admis le versement d'indemnités journalières pour la période du 1^{er} décembre 2016 au 20 juillet 2017.

Le Dr W. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a adressé un rapport à la CNA le 4 mars 2019, indiquant qu'il existait, au niveau tibial, un excès de rotation interne du composant, mal-position consécutive aux difficultés de repérage peropératoire du fait du relèvement de la tubérosité tibiale antérieure. La tolérance était de moins en moins bonne, avec la persistance de claquement quasi permanent au niveau du genou. Une révision de la prothèse serait nécessaire, laquelle imposerait une ostéotomie itérative de la tubérosité tibiale antérieure et de la partie distale de l'allogreffe.

Le 29 août 2019, le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a confirmé l'indication d'une nouvelle intervention. Il a par ailleurs signalé l'existence de douleurs à la hanche gauche, laquelle présentait une arthrose sévère. Cette intervention a eu lieu le 8 octobre 2019, entraînant une incapacité de travail totale.

A compter du 1^{er} décembre 2019, la rente d'invalidité perçue par l'assuré a été remplacée par une rente AVS de même montant.

Dans un rapport du 21 janvier 2020, le Dr S._____ a constaté que le résultat à trois mois de l'intervention était encore mitigé puisque le patient ressentait des douleurs irradiant au niveau tibial. Il fallait poursuivre progressivement l'augmentation de ses activités, l'amélioration pouvant prendre encore plusieurs mois.

L'assuré a passé un scanner du genou le 29 avril 2020 et a revu le Dr S._____ le 4 mai 2020. Celui-ci a préconisé un nouveau changement de prothèse en raison d'un descellement de l'implant tibial (cf. rapport du 13 mai 2020). L'intervention a eu lieu le 3 juin 2020.

Dans un rapport du 16 septembre 2020, le Dr S._____ a indiqué qu'il y avait eu un lâchage de l'arthrotomie, entraînant un épanchement sous-cutané et donc des douleurs gênantes. Une intervention pour une suture était dès lors proposée.

L'assuré a été hospitalisé du 11 au 24 novembre 2020. Durant ce séjour, une ponction du genou droit a révélé la présence d'une infection chronique de prothèse totale de genou droit à *Staphylococcus hominis*. Il a ensuite été procédé, le 16 novembre 2020, notamment à l'ablation de la prothèse totale de genou et à l'insertion d'un espaceur articulé (cf. Lettre de sortie du [...] du 17 décembre 2020). Une nouvelle prothèse totale du genou droit a été implantée le 18 décembre 2020 (cf. rapport de sortie du [...] du 23 décembre 2020).

Les suites opératoires ont été suivie par le Prof. D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans ses rapports des 17 février et 24 mars 2021, ce médecin a constaté que l'évolution était lentement favorable, chez un patient qui présentait un manque d'extension du côté opéré. Il signalait cependant une coxarthrose symptomatique à gauche qui devait être traitée par la mise en place d'une prothèse totale dans les plus courts délais.

Le 12 avril 2021, le Dr X._____, médecin d'arrondissement de la CNA et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a conclu que la coxarthrose n'était pas en rapport avec la lésion du genou droit, la situation de ce genou étant par ailleurs plus ou moins stabilisée. Dans un courrier du même jour, la CNA a informé le mandataire de l'assuré du fait qu'elle ne verserait pas de prestations d'assurance concernant les troubles de la hanche, en l'absence de lien de causalité avec l'événement du 23 juillet 1986. L'intervention sur la hanche gauche, à savoir la pose d'une prothèse totale de hanche gauche, a eu lieu le 30 avril 2021 (cf. protocole opératoire du 30 avril 2021).

Le Dr J._____, médecin d'arrondissement de la CNA et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a examiné l'assuré le 24 septembre 2021. Dans son rapport du 27 septembre 2021, ce médecin a émis l'appréciation suivante :

« Assuré de 66 ans qui est à 9 mois de la dernière implantation de la prothèse totale du genou [droit] suite à une infection à Staphylococque hominis. Ce genou a subi de multiples interventions et il avait été nécessaire de renforcer le tendon quadricipital par une allogreffe du tendon achilléen.

L'évolution est maintenant stabilisée. Il n'y a pas eu de signes de récurrence d'infection de la prothèse ni de descellement. Actuellement, il est toujours suivi par le Prof. D._____.

D'un point de vue subjectif, il se plaint de douleurs mécaniques variant de 1 à 2 sur l'échelle analogique de la douleur et pouvant monter jusqu'à 8/10 lorsqu'il utilise son genou. Il a un périmètre de marche de 500 mètres. La marche se fait sans canne.

D'un point de vue objectif, il présente une boiterie légère d'esquive du [membre inférieur droit], l'appui unipodal est possible avec un

déséquilibre. La flexion du genou est à 110-0-(-5°). La trophicité musculaire est quasiment symétrique [des deux côtés].

Sur le plan médical, la situation est maintenant stabilisée et nous pouvons retenir les limitations fonctionnelles suivantes : pour le genou [droit], pas d'activité nécessitant une marche prolongée, pas d'activité nécessitant la montée ou la descente d'escaliers, d'échelles ou d'escabeaux, pas d'activité s'exerçant à genoux ou accroupi. Pas de position statique debout/assis mais alternance des positions, pas d'activité nécessitant un port de charges de plus de 10 kg.

Dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles décrites ci-dessous, la capacité de travail est entière sans diminution de rendement.

L'atteinte à l'intégrité reste la même que celle évaluée en 2016.

L'assuré a droit à la rechute. »

Par courrier du 27 septembre 2021, la CNA a indiqué qu'il serait mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 octobre 2021.

L'assuré, par sa mandataire, a contesté cette prise de position le 9 février 2022, en exposant qu'il conservait d'importantes séquelles à son genou, avec de fortes douleurs qui l'entravaient au quotidien. Des injections étaient prévues en raison d'inflammations importantes depuis plusieurs mois. Il fallait ainsi considérer que son potentiel de réinsertion dans l'économie du travail était nul, même dans le cadre d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Ayant en outre atteint l'âge légal de la retraite, mettre en œuvre une hypothétique capacité de travail était irréaliste. Par ailleurs, l'atteinte à l'intégrité devait être examinée sous l'angle de l'endoprothèse et donner lieu à une indemnité de 40 %. Il a joint à son envoi des convocations pour une scintigraphie osseuse et des certificats d'incapacité de travail établis par son médecin généraliste.

Par décision du 16 février 2022, la CNA a refusé d'allouer une rente d'invalidité, dès lors que l'assuré serait à même d'exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de son genou droit dans différents secteurs de l'économie s'il n'avait pas pris sa retraite, à temps plein et sans diminution de rendement. Elle a par ailleurs constaté que le taux de l'atteinte à l'intégrité demeurait le même que celui évalué en

2016, soit 30 %, de sorte qu'aucune indemnité supplémentaire ne pouvait être octroyée. L'assuré, par sa mandataire, a déclaré s'opposer à cette décision le 18 mars 2022.

Entre-temps, le Dr N._____, médecin généraliste traitant de l'assuré, a signalé au Prof. D._____ par lettre du 25 janvier 2022, que son patient l'avait consulté pour d'importantes gonalgies droites. L'intéressé présentait un genou « assez inflammatoire avec une certaine chaleur localisée, mais sans rougeur ». L'évolution était stagnante malgré un traitement anti-inflammatoire.

Le Prof. D._____ a revu l'assuré et établi un rapport le 4 février 2022, exposant que les douleurs du patient pouvaient s'expliquer par un potentiel problème d'instabilité péronéo-tibiale à vérifier avec un bilan radiologique, tandis qu'un vice d'implantation ne pouvait être exclu.

Un rapport de scintigraphie osseuse 3 phases établi le 3 mars 2022 a conclu à l'absence d'argument scintigraphique franc pour un descellement du matériel prothétique de la prothèse totale de genou droite et de la prothèse de hanche gauche.

Le suivi a été repris par le Prof. R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a conclu comme suit dans un rapport du 28 mars 2022 :

« Je revois donc Monsieur B._____ à 13 mois de cette énième reprise de prothèse totale du genou. Pour ma part, la situation du patient n'est absolument pas stabilisée, sa qualité de vie est très altérée que ce soit sur l'aspect fonctionnel ou simplement sur les douleurs ressenties par le patient. L'analyse de son dossier radiologique et de son histoire clinique montre clairement qu'il a existé un enchaînement de complications mécaniques et septiques depuis l'implantation de cette prothèse totale du genou en 2015.

Actuellement, le patient reste même presque plus gêné par l'instabilité en recurvatum que par les douleurs. Pour ma part, la situation est extrêmement complexe. Je pense effectivement qu'une prise en charge en antalgie puisse être une bonne chose pour améliorer au moins les douleurs présentées par le patient. En revanche, en ce qui concerne l'aspect fonctionnel, la problématique est difficile. Pour prendre en charge cette instabilité en recurvatum,

l'idéal serait d'envisager une prothèse charnière. Cependant, les possibilités de nouvelle reprise sur ce genou sont pour moi quasi inenvisageables essentiellement en lien avec la perte de substance massive à la métaphyse tibiale proximale. Les possibilités de reconstruction de ce côté-là sont extrêmement limitées. Si tant est qu'une chirurgie puisse être discutée, il faudrait aussi envisager l'arthrodèse du genou qui consistera à bloquer définitivement l'articulation ce que le patient ne souhaite absolument pas.

Dans ce contexte, il faut envisager cette prise en charge en antalgie et poursuivre une surveillance régulière pour s'assurer au mieux d'un maintien de cette évolution. »

Motivant son opposition le 31 mai 2022, l'assuré a contesté la stabilisation de son état médical, l'évolution après la dernière intervention sur son genou n'étant pas favorable. Des problèmes au niveau mécanique et fonctionnel entraînaient d'importantes difficultés pour marcher, pour se lever, pour utiliser des escaliers ou pour s'habiller, avec des douleurs persistantes diminuant sa qualité de vie. Le paiement des soins médicaux et des indemnités journalières devait donc être repris avec effet au 1^{er} novembre 2021. Subsidiairement, une invalidité complète devait être reconnue, en présence d'une problématique médicale n'ayant pas pu être stabilisée et n'ayant pas permis la reprise d'activité, l'assuré contestant en outre les revenus avec et sans invalidité retenus par la CNA. Enfin, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, fixée en 2016, ne tenait pas compte des multiples opérations liées à la pose de la prothèse initiale et des multiples opérations subies depuis 2016. Il convenait de retenir le taux le plus élevé de la table pour une arthrose grave du genou, soit 40 %.

Par décision sur opposition du 9 juin 2022, la CNA a rejeté l'opposition. Elle a relevé, d'une part, que les dernières pièces médicales produites par l'assuré ne remettaient pas en cause l'appréciation du médecin-conseil s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée. D'autre part, l'évolution de l'état du genou droit de l'assuré et les interventions subies depuis 2016 ne modifiaient pas l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité, étant relevé que le Prof. R. _____ ne faisait état d'une instabilité qu'en cas d'hyperextension de la jambe et qu'il allait pour le surplus dans le même sens que le Dr J. _____. Enfin, l'état de santé de l'assuré devait être considéré comme stabilisé à tout le moins au 30

octobre 2021, l'atteinte ne justifiant aucune incapacité de travail dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 9 juin 2022, les Drs G. _____ et A. _____, spécialistes en anesthésiologie, ont exposé en particulier ce qui suit :

« Monsieur B. _____ présente des gonalgies droites chroniques depuis 7 ans, majorées dans les suites d'une prothèse totale de genou droit compliquée d'une instabilité mécanique et d'épisodes de surinfection.

Concernant les critères de Budapest, il existe à l'anamnèse et à l'examen clinique des troubles sensoriels à type d'hyperalgésie ainsi que vasomoteur avec une asymétrie de température. Il existe également un œdème visualisé.

A noter qu'il n'existe pas de trouble trophique à l'anamnèse ni de dysfonction motrice mise en évidence à l'examen clinique. Les critères de Budapest ne semblent donc pas totalement réunis pour évoquer un Syndrome douloureux régional complexe.

Dans un premier temps, une infiltration-test des nerfs géniculés droits va être organisée avec par la suite l'objectif d'une dénervation du genou droit si ceux-ci revenaient positifs.

Même si les douleurs décrites par le patient ne semblent pas d'allure neuropathique (DN4 à 0/10), une thérapeutique médicamenteuse par Pregabaline pourrait également être envisagée selon l'évolution à titre de test diagnostique.

Les séances de physiothérapie seront à reprendre à distance des épisodes hyperalgiques afin de lutter contre tout enraidissement moteur.

Enfin, des atteintes ligamentaires ne sont pas à exclure du fait de cette instabilité mécanique et ce recurvatum ; une infiltration des ligaments collatéraux et latéraux du genou droit pourrait apporter un bénéfice. »

B. Par actes datés des 23 et 24 juin 2022, reçus le 27 juin 2022 par la CNA, agissant désormais seul, B. _____ a contesté la décision sur opposition précitée. Remettant en question le caractère probant des rapports des médecins-conseils de la CNA établis en 2015 et 2016, il a fait valoir que la CNA devait retenir uniquement les conclusions du médecin-conseil Z. _____, lequel avait constaté en 2018 l'échec de l'opération de 2015 et conclu que la situation n'était pas stabilisée. L'assuré exposait en outre que les spécialistes en orthopédie qu'il avait consultés depuis 2017 estimaient pour leur part que la perte fonctionnelle de son genou droit

était de l'ordre de 60 à 65 %. Il concluait à la reprise du versement des indemnités journalières avec effet au 1^{er} novembre 2021, à l'évaluation économique de l'échec de l'opération de 2015, au paiement de son avocate et à la revalorisation d'une rente dès 2015.

La CNA a transmis les écrits de B. _____ à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, comme objet de sa compétence, par courrier du 29 juin 2022. Elle a également informé l'intéressé de cette transmission.

Le 21 juillet 2022, le recourant a indiqué qu'il avait entamé un suivi auprès d'une consultation spécialisée de la douleur. Réitérant ses critiques à propos des rapports des médecins-conseils établis en 2015 et 2016, il a en outre contesté le rapport établi le 29 septembre 2021 par le Dr J. _____. Ainsi, ce médecin n'avait pas tenu compte de l'instabilité de son genou, qui « part en arrière », ni de la perte fonctionnelle. Avec son écriture, il a déposé diverses pièces médicales, dont des comptes-rendus d'injections dans le bloc des nerfs géniculaires droits effectuées en juin et juillet 2022 dans le cadre de son suivi des douleurs au genou droit.

L'intimée a renoncé, le 3 août 2022, à déposer une réponse formelle au recours.

Le 1^{er} septembre 2022, l'assuré a encore déposé des factures relatives à son suivi de la douleur.

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).

Selon l'art. 39 al. 2 LPGA, en corrélation avec l'art. 60 al. 2 LPGA, lorsqu'une partie s'adresse en temps utile à un assureur incompétent, le délai est réputé observé.

b) En l'occurrence, le recours a été déposé en temps utile auprès de l'intimée, qui l'a transmis d'office au tribunal de céans compétent (art. 30 LPGA et 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Respectant par ailleurs les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, ainsi que sur l'étendue de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

b) Le juge apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

En l'occurrence, les faits déterminants ratione temporis se sont déroulés en novembre 2014, moment où la rechute a été signalée.

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) Selon l'art. 18 al. 1 LAA (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016), si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un

accident, il a droit à une rente d'invalidité. 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).

c) Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGGA).

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGGA), 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).

5. Dans ses écritures, le recourant semble contester principalement le fait que sa situation médicale soit stabilisée et qu'il présente une capacité résiduelle de travail.

a) L'intimée a fixé au 31 octobre 2021 la date à laquelle l'atteinte au genou droit dont souffre le recourant doit être considérée comme stabilisée. Pour arriver à cette conclusion, elle s'est fondée sur le rapport d'examen final de son médecin-conseil du 27 septembre 2021. Devant se prononcer sur l'état médical du genou droit du recourant neuf mois après la dernière intervention sur cette articulation - la sixième depuis juin 2015 -, le Dr J. _____ a établi une anamnèse détaillée de l'ensemble des rapports médicaux émis par les médecins traitants depuis l'annonce de la rechute en 2014. Il a pris note des explications et plaintes de l'intéressé, puis a procédé lui-même à l'examen des hanches et des membres inférieurs du recourant, avant de poser son diagnostic et d'émettre son appréciation, dans laquelle il a déterminé les limitations fonctionnelles. Celles-ci s'appuient non seulement sur les constatations objectives faites lors de l'examen médical, mais également sur les déclarations du recourant, s'agissant des difficultés qu'il rencontre concrètement dans son quotidien. Le rapport du médecin-conseil est ainsi

fondé sur un dossier complet et les conclusions, claires et étayées, sont convaincantes.

Dans son argumentation, le recourant a fait valoir que l'intimée avait omis de tenir compte du rapport d'examen de son médecin-conseil du 12 septembre 2018, par lequel le Dr Z. _____ concluait à l'absence de stabilisation de son genou droit et mettait cette problématique en relation avec l'intervention de 2015. Certes, entre 2016 et 2017, l'intimée a interrompu le versement de ses prestations sur l'avis d'un autre médecin-conseil qui avait considéré le cas comme stabilisé à l'époque. Toutefois, cet avis de 2016 tenait compte des rapports des médecins traitants et des médecins de la Clinique V. _____, qui n'avaient eux-mêmes pas encore identifié la cause des douleurs persistantes du recourant alors qu'il n'y avait ni problème mécanique de la prothèse ni infection. L'intimée est ensuite revenue sur sa décision et a versé des prestations pour l'ensemble de cette période lorsque les Drs P. _____ et F. _____ ont fait part de la nécessité d'une reprise chirurgicale en août 2017. L'octroi de prestations entre 2016 et 2017 n'est donc plus litigieux à ce stade. Par ailleurs, s'il n'est pas contesté par l'intimée que la situation n'était pas stabilisée en 2018, lorsque le Dr Z. _____ a examiné le recourant, l'avis de ce médecin n'était plus d'actualité dès lors que le recourant a encore subi plusieurs interventions sur son genou dans les années qui ont suivi. C'est donc à juste titre que l'intimée a à nouveau sollicité l'un de ses médecins-conseils en 2021.

Le recourant a également exposé que le rapport du médecin-conseil du 29 septembre 2021 était incomplet, en ce qu'il ne tenait pas compte des éléments problématiques exposés par le Prof. R. _____ dans son rapport du 28 mars 2022, où il est notamment écrit que l'état du genou droit n'était pas stabilisé. Il y a lieu toutefois de constater que les observations faites par ce spécialiste en mars 2022 sont largement superposables à celles faites par le médecin-conseil en septembre 2021. En effet, le Dr J. _____ a pris note que le recourant ressentait encore des douleurs mécaniques augmentant fortement lorsqu'il utilisait son genou, qu'il avait un périmètre de marche de 500 m, qu'il marchait sans cannes

avec une légère boiterie d'esquive, que la flexion du genou était à 110-0(-5°) et qu'il y avait une trophicité musculaire quasiment symétrique des deux côtés (cf. p. 8 du rapport). Pour sa part, le Prof. R._____ a noté en particulier qu'actuellement, le patient marchait en appui complet mais présentait une boiterie d'esquive antalgique même s'il n'utilisait pas de béquille, que la marche était possible sur terrain régulier mais très difficile sur terrain irrégulier, surtout parce qu'il existait une instabilité en recurvatum rendant la marche douloureuse, particulièrement pénible et peu sécuritaire. Or, selon le Dictionnaire de l'académie française de médecine (consultable sur le site internet dictionnaire.academie-medecine.fr), un « genu recurvatum » est une « attitude en hyperextension du genou dans la position d'extension maximale, dont l'origine peut être congénitale ou acquise ». Bien qu'il n'ait pas utilisé ce terme, le Dr J._____ a noté une flexion négative du genou (-5°), ce dont on infère qu'il s'agit de la même problématique. Le Prof. R._____ ayant noté pour sa part que l'examen révélait une extension à 0° et une mise en recurvatum douloureuse, il faut comprendre que le recurvatum décrit par ce médecin ne se manifestait pas au repos mais bien lorsque le genou était mis en charge, ce qu'a aussi noté le médecin-conseil.

Par ailleurs, lorsqu'il a évoqué l'absence de stabilisation de la situation, le Prof. R._____ a mentionné le fait que l'articulation restait douloureuse et que le fonctionnement mécanique n'était pas optimal, surtout en raison du recurvatum. Il a toutefois exposé ensuite qu'un nouveau changement de prothèse pour poser une prothèse charnière n'entraîne pas en ligne de compte en raison d'une perte de substance au niveau tibial. Finalement, les seules options thérapeutiques envisageables étaient une dernière intervention afin de bloquer définitivement l'articulation ou une prise en charge en antalgie. Il est manifeste qu'aucune de ces deux options n'a pour objectif d'apporter une amélioration sensible de l'état fonctionnel du genou et qu'il n'en découlerait pas d'amélioration de la capacité de travail. Il apparaît ainsi que la divergence entre l'avis du médecin-conseil et celui du médecin traitant à propos de l'éventuelle stabilisation de l'état du genou droit tient dans la signification particulière de cette notion en matière d'assurance-

accident. Alors que le médecin traitant souhaite guérir complètement son patient ou lui assurer le meilleur confort possible, l'intervention de l'assurance-accidents se limite à l'amélioration de la capacité de travail. Par conséquent, le rapport du Prof. R. _____ ne permet pas d'écarter les conclusions du Dr J. _____, pas plus que le rapport du Prof. D. _____ du 4 février 2022, puisque ce dernier se limitait à évoquer l'hypothèse d'un descellement qui ne sera pas confirmé par l'imagerie médicale, ni le rapport des Drs G. _____ et A. _____ du 9 juin 2022, ceux-ci écartant le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe et décrivant les interventions à but antalgiques déjà mises en place ou à programmer ultérieurement. En conséquence, il faut admettre avec l'intimée que, du point de vue de l'assurance-accidents, l'état du genou droit du recourant doit être considéré comme stabilisé depuis septembre 2021. L'intimée était donc en droit de mettre fin au versement des indemnités journalières et au remboursement des traitements médicaux à compter du 1^{er} novembre 2021.

b) S'agissant de la capacité de travail du recourant, l'intimée a retenu une capacité nulle dans l'activité habituelle d'horticulteur, mais complète dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Sur ce point, elle a également suivi l'avis de son médecin-conseil du 27 septembre 2021. Dans son rapport, le Dr J. _____ a déterminé les limitations fonctionnelles d'épargne du genou suivantes : pas d'activité nécessitant une marche prolongée, pas d'activité nécessitant la montée ou la descente d'escaliers, d'échelles ou d'escabeaux, pas d'activité s'exerçant à genoux ou accroupi, pas de position statique debout/assis mais alternance des positions, pas d'activité nécessitant un port de charges de plus de 10 kg.

Dans ses écritures, le recourant a remis en cause l'appréciation du Dr J. _____ sans émettre de grief précis sur cette question, exposant que son genou « lâch[ait] » lorsqu'il marchait et que les anti-douleurs prescrits n'avaient plus d'effet sur ses douleurs nocturnes. Dans son opposition à la décision de l'intimée, son argumentation était axée sur l'inexistence de possibilités concrètes de

réinsertion sur le marché du travail compte tenu de son âge. En revanche, il n'avait critiqué ni les limitations fonctionnelles retenues ni le taux d'activité dans une activité adaptée. Il expliquait uniquement que son genou ne lui permettait pas de rester en position statique, qu'il était « laborieux » de se lever depuis la position assise ainsi que de monter ou descendre des escaliers, que son périmètre de marche était « extrêmement restreint » et qu'il présentait une légère boiterie. Tous ces éléments ont été pris en compte par le médecin-conseil en tant que limitations fonctionnelles. Le Dr R. _____ n'a pas mentionné d'autres limitations fonctionnelles ni exposé pour quel motif, autre que les questions d'âge ou de formation, le recourant ne pourrait pas reprendre une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Par conséquent, l'intimée était fondée à retenir que le recourant disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

6. Dans son opposition, le recourant a contesté le calcul du degré d'invalidité établi par l'intimée. Bien qu'il n'y revienne plus dans ses écritures de recours, il y a lieu d'examiner si ce calcul est conforme aux règles légales applicables.

a) La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus avec et sans invalidité, 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).

b) 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).

Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité 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 (ATF 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16).

c) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe 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). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

cc) 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). Lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyen de l'ESS, on s'efforcera de prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. On peut également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec invalidité, à une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de l'assuré et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2).

d) Aux termes de l'art. 18 al. 2 LAA, le Conseil fédéral règle l'évaluation du degré de l'invalidité dans des cas spéciaux ; il peut à cette occasion déroger à l'art. 16 LPGA. Il a fait usage de cette compétence à l'art. 28 OLAA (ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202).

L'art. 28 al. 4 OLAA prévoit une solution particulière pour l'évaluation de l'invalidité d'assurés âgés. Il vise deux situations : celle où l'assuré, en raison de son âge, ne reprend plus d'activité lucrative après l'accident (variante I) et celle où l'atteinte à la capacité de gain a principalement pour origine l'âge avancé de l'assuré (variante II). L'assuré qui remplit l'un ou l'autre cas de figure ne percevra alors une rente d'invalidité que dans la mesure où une telle rente serait octroyée dans les mêmes conditions à un assuré d'âge moyen présentant les mêmes capacités professionnelles et les mêmes aptitudes professionnelles. Ce système repose sur la considération qu'une même atteinte à la santé peut entraîner chez une personne âgée des répercussions bien plus importantes sur la capacité de gain que chez une personne d'âge moyen pour diverses raisons (difficultés de reclassement ou de reconversion professionnels, diminution des capacités d'adaptation et d'apprentissage), alors que l'âge en tant que tel n'est pas une atteinte à la santé dont l'assureur-accidents doit répondre (ATF 122 V 418 consid. 3a ; TF 8C_655/2018 du 31 octobre 2019 et les références citées). Est ainsi

déterminant pour établir les revenus hypothétiques avant et après invalidité, le salaire que pourrait obtenir cette personne d'âge moyen compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement exiger d'elle (U 21/03 du 25 août 2003 ; ATF 122 V 426 consid. 7 publié dans RAMA 1997 n° U 271 p. 151 ; ATF 114 V 315 consid. 4a). L'âge moyen est de 42 ans ou, du moins, se situe entre 40 et 45 ans ; on considère que l'âge est avancé lorsque l'assuré est âgé d'environ 60 ans au moment où il a droit à la rente (ATF 122 V 418 consid. 1b et 2 ; TF 8C_655/2018 du 31 octobre 2019 et les références citées).

Selon la jurisprudence, pour que le revenu d'invalidé soit fixé en fonction du gain que pourrait réaliser un assuré d'âge moyen présentant les mêmes séquelles accidentelles, il faut que l'âge avancé soit la cause essentielle de la diminution de la capacité de gain (ATF 122 V 418 consid. 3b ; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 245/96 consid. 3c). Tel est notamment le cas lorsque l'âge avancé n'est pas un facteur qui a une incidence sur l'exigibilité, mais qu'il est malgré tout un obstacle à la mise en valeur de la capacité résiduelle de gain, notamment parce qu'aucun employeur n'est disposé à engager un employé pour un laps de temps très court avant l'ouverture de son droit à une rente de l'AVS (TF 8C_554/2017 du 4 juillet 2018 consid. 3.3.1 ; 8C_307/2017 du 26 septembre 2017 consid. 4.2.2 ; 8C_346/2013 du 10 septembre 2013 consid. 4.2 ; 8C_806/2012 du 12 février 2013 consid. 5.2.2).

7. a) En l'occurrence, l'intimée a calculé le degré d'invalidité en tenant compte d'un revenu sans invalidité de 67'072 fr., fondé sur l'ESS 2018, TA1_Skill level, niveau de compétence 2 pour les hommes dans les activités de services administratifs et de soutien (nn. 77-82). Pour le revenu avec invalidité, elle s'est basée dans sa décision sur opposition sur l'ESS 2018, TA1_skill level, tous secteurs d'activités confondus, niveau de compétence 2 pour un homme, soit 5'649 fr. par mois. L'intimée a rapporté les chiffres de l'ESS 2018 à une durée hebdomadaire de 41.8 heures pour les activités de services administratif et de soutien, respectivement à 41.7 heures selon les statistiques publiées en 2020, et

les a indexés à 2021 selon des taux de 0.9 % pour 2019, 0.8 % pour 2020 et -0.2 % estimé pour l'année 2021. Elle a en outre déduit un abattement supplémentaire de 5 % sur le revenu avec invalidité pour tenir compte des limitations fonctionnelles.

b) Dans son opposition, le recourant a contesté l'utilisation de l'ESS pour fixer le montant du revenu sans invalidité, en faisant valoir qu'en 1993, alors qu'il était employé, son revenu annuel brut était largement plus élevé que le montant de l'ESS, en l'occurrence 82'023 fr. 70 ou 96'498 fr. après indexation. Cette critique est infondée. Au moment de la rechute annoncée en 2014, le recourant travaillait comme indépendant dans le domaine horticole depuis de nombreuses années et un calcul plus précis du revenu sans invalidité ne pourrait se fonder que sur cette dernière activité. Si le recourant a allégué que ses douleurs au genou entravaient son activité depuis 2010, il n'en demeure pas moins que, selon l'extrait de son compte individuel AVS, les revenus annoncés étaient de l'ordre de 36'500 fr. en 2009, 40'000 fr. en 2008, 42'700 fr. en 2007, soit des montants inférieurs à celui retenu par l'intimé. Le recours par l'intimée au revenu moyen pour les activités administratives et de soutien dans l'ESS 2018, TA1_Skill level, soit 5'285 fr. par mois, tient compte du fait que le recourant disposait d'un CFC et exerçait dans son domaine d'activité, qui appartient au secteur des services. Par conséquent, compte tenu de l'indexation (0.9 % en 2019, 0.8 % en 2020 et -0.7 % en 2021 selon les derniers chiffres publiés par l'Office fédéral de la statistique), de la durée usuelle du travail hebdomadaire de 41,8 heures en 2021 (dernière statistique disponible, inchangée par rapport à 2020) dans ce domaine et d'un taux d'activité de 100 %, le revenu sans invalidité s'élève à 67'405 fr. 33.

S'agissant du revenu avec invalidité de 65'500 fr., le recourant a exposé dans son opposition que, selon un calculateur statistique fondé sur l'ESS, les activités compatibles avec ses limitations fonctionnelles permettraient tout au plus un revenu de 48'000 francs. Le raisonnement tenu par le recourant en opposition ne convainc pas, au même titre que le nouveau calcul développé par l'intimée dans sa décision sur opposition. En

effet, la jurisprudence a rappelé à maintes occasions que, lorsque l'assuré n'a pas repris une activité professionnelle mettant pleinement en valeur ses capacités résiduelles, il faut en principe recourir à l'ESS, TA1_skill level, niveau de compétence 1, car ce chiffre correspond à l'ensemble des activités ne nécessitant pas de formation particulière et qui peuvent être exercées avec des limitations fonctionnelles légères. En l'occurrence, le CFC dont le recourant est titulaire et sa longue expérience dans le domaine horticole, ne peuvent absolument pas être mis en valeur dans une activité répondant à ses limitations fonctionnelles. Il ne se justifie dès lors pas de recourir au niveau de compétence 2. En revanche, les limitations fonctionnelles dont souffre le recourant doivent être qualifiées de moyennes, de sorte qu'il paraît correct de retenir le niveau de compétence 1 avec un abattement supplémentaire pour tenir compte de limitations fonctionnelles supérieures à celles déjà prise en compte dans l'ESS. A cet égard, l'abattement de 5 % retenu par l'intimée paraît suffisant, ce qui porte le revenu avec invalidité à 65'477 fr. 40.

La comparaison de ces deux montants montre une diminution de la capacité de gains de 2.86 %, ce qui est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. On relèvera au surplus que les calculs de l'intimée étaient fondés sur les données de l'ESS 2018, seule disponible au moment de sa décision puis de sa décision sur opposition. Si l'on se réfère aux chiffres de l'ESS 2020, publiée entretemps, le revenu sans invalidité passe à 67'827 fr. 24 et le revenu avec invalidité à 62'086 fr. 68 après application de l'indexation à 2021 et des autres critères exposés ci-dessus, soit un degré d'invalidité de 8.46 % qui n'ouvre toujours pas de droit à une rente.

c) Dans son opposition, le recourant avait encore fait valoir que son âge était un facteur pénalisant majeur dans une recherche d'emploi sur un marché de l'emploi compétitif, ce qui justifiait d'appliquer un abattement de 25 %.

L'étendue de l'abattement dans un cas concret constitue une question typique relevant du pouvoir d'appréciation, qui est soumise à l'examen du juge de dernière instance uniquement si la juridiction

cantonale a exercé son pouvoir d'appréciation de manière contraire au droit, soit si elle a commis un excès positif ou négatif de son pouvoir d'appréciation ou a abusé de celui-ci (ATF 146 V 16 consid. 4.2 ; 137 V 71 consid. 5.1), notamment en retenant des critères inappropriés, en ne tenant pas compte de circonstances pertinentes, en ne procédant pas à un examen complet des circonstances pertinentes ou en n'usant pas de critères objectifs (TF 8C_175/2020 du 22 septembre 2020 consid. 3.4 et les références citées).

En l'occurrence, il y a lieu de relever ici que la prise en compte de l'âge dans l'évaluation de l'invalidité n'est pas la même dans l'assurance-accidents que dans l'assurance-invalidité, dès lors que les risques qu'elles assurent ne sont pas les mêmes. L'assurance-accidents se limite en effet à examiner le préjudice économique d'un accident, tandis que l'assurance-invalidité examine l'état de santé de l'assuré dans son ensemble. Au demeurant, selon une jurisprudence constante du Tribunal fédéral, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.2), et réciproquement (ATF 133 V 549 consid. 6). Par conséquent, le fait que l'Office de l'assurance-invalidité ait reconnu une capacité de travail du recourant nulle dans toute activité et reconnu le droit à une rente d'invalidité complète, en raison d'obstacles trop importants à la mise en valeur de sa capacité de travail théorique totale dans une activité adaptée, n'oblige pas l'intimée à faire de même.

Or, l'intimée a bel et bien retenu que l'âge de l'assuré constituait un obstacle important à une réinsertion du recourant sur le marché du travail, puisqu'elle a fait application de l'art. 28 al. 4 OLAA. Dans la mesure où le recourant a atteint l'âge de la retraite au sens de l'assurance-vieillesse et survivants en novembre 2019, l'intimée était fondée à retenir que l'âge du recourant en novembre 2021 serait le principal frein à la reprise d'une activité professionnelle, même adaptée à ses limitations fonctionnelles. S'agissant dès lors de déterminer un revenu hypothétique pour une personne d'âge moyen, un abattement supplémentaire en raison de l'âge est exclu. Pour le surplus, le recourant

ne fait état d'aucun autre motif susceptible de justifier un abattement supplémentaire sur le revenu avec invalidité.

Dès lors, il faut constater que le degré d'invalidité présenté par le recourant est inférieur à 10 %, de sorte que le droit à une rente n'est pas ouvert. Ce constat a pour corollaire que la première condition posée par l'art. 21 al. 1 LAA n'est pas remplie. Par conséquent, la poursuite de la prise en charge par l'intimée des frais de traitement antalgique et de physiothérapie n'entre pas en ligne de compte, étant rappelé qu'il appartient dès lors à l'assurance-maladie obligatoire de prendre en charge ces frais (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. Dans son opposition, le recourant a également remis en cause le taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité fixé par l'intimée à 30 %.

a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre à une rente, lorsque le traitement médical est terminé (art. 24 al. 2 LAA). 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).

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).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b, 113 V 218 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1, première phrase, de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1, deuxième phrase, de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 3.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

b) En l'espèce, l'intimée a alloué une indemnité de 30 % par décision du 20 janvier 2017, en se fondant sur l'évaluation du Dr Q. _____ du 2 mai 2016. Elle a maintenu ce taux dans sa nouvelle

décision du 16 février 2022, dès lors que le Dr J._____ l'avait confirmé dans son rapport du 27 septembre 2021.

Le recourant a fait valoir dans son opposition que l'évaluation de son indemnité, établie en 2016, ne tenait pas compte des complications apparues postérieurement et qui avaient entraîné de multiples interventions chirurgicales. Il s'est en outre référé au rapport du Prof. R._____ du 28 mars 2022 signalant l'existence d'une instabilité, ce qui justifiait d'allouer le maximum prévu dans la table de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA relative aux atteintes résultant d'arthrose du genou. Dans son recours, l'intéressé a encore fait valoir que, selon un médecin orthopédiste qu'il avait consulté, la perte fonctionnelle de son genou droit était de l'ordre de 60 à 65 %.

S'agissant de l'évolution de la situation entre 2016 et 2021, il est indéniable que le recourant a subi de nombreuses complications, nécessitant plusieurs reprises de sa prothèse totale du genou. Cependant, l'indemnité doit être fixée de manière objective, en fonction de l'état de l'organe atteint lorsqu'il n'y a plus à attendre d'amélioration par des traitements médicaux. A cet égard, la table 5 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA prévoit, en cas d'arthrose grave du genou, une indemnité de 30 à 40 %, en précisant que la situation justifie le taux le plus élevé si l'articulation considérée présente une instabilité en plus de l'arthrose. Cette précision doit cependant être lue en regard du barème des indemnités pour atteinte à l'intégrité figurant dans l'annexe 3 OLAA, laquelle prévoit une indemnité de 40 % en cas de perte d'une jambe au niveau du genou. Il en découle que ce dernier taux concerne une situation où l'usage de l'articulation du genou n'est plus possible. Or, comme déjà dit, les observations faites par le Prof. R._____ dans son rapport du 28 mars 2022 sont superposables à celles du Dr J._____, à savoir que le genou droit du recourant présentait un recurvatum rendant la marche douloureuse, mais que celle-ci restait possible sans canne, avec une légère boiterie. L'instabilité évoquée par le Prof. R._____ était mise en lien avec ce recurvatum, qui se manifestait lors de marche en terrain irrégulier et obligeait le recourant à fournir plus d'effort pour

« verrouiller » son genou afin d'éviter les douleurs du passage de l'articulation en recurvatum. Ce rapport ne peut être interprété dans le sens d'une instabilité « importante » comme l'a allégué le recourant dans son opposition. Au demeurant, l'intéressé reconnaît lui-même dans son recours (a contrario) que son genou droit a conservé une fonctionnalité de l'ordre de 35 à 40 %. Il apparaît ainsi que, même si l'on doit admettre que la situation du genou droit du recourant s'est péjorée entre 2016 et 2021 en raison du recurvatum, elle ne justifie pas l'application du barème maximal prévu en cas de perte complète de fonctionnalité de l'articulation. Le taux de 30 % retenu par l'intimée peut dès lors être confirmé.

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

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 9 juin 2022 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 :

- B. _____,
- 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 :