

VD_FINDINFO Arrêt / 2018 / 62 vom 26. Februar 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-02-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2018__62

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2018 / 62 du 26 février 2018

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2018 / 62 del 26 febbraio 2018

Regeste

RENTE{EN GÉNÉRAL}, INDEMNITÉ POUR ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ, AA | 18
LAA, 24 LAA, 6 LAA

Erwägungen

E. 26

février 2018 _____ Composition : Mme Röthenbacher , présidente
M. Piguët, juge, et M. Gutmann, assesseur Greffière : Mme Mestre Carvalho *****
Cause pendante entre : W. _____ , à [...] , recourant, représenté par Me Karim Hichri,
avocat auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne, et Caisse nationale suisse d'assurance en
cas d'accidents , à Lucerne, intimée. _____ Art. 6, 18 et 24 LAA. E n f a i t :
A. Arrivé en Suisse en 2012, W. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant
portugais né en 1973, a effectué diverses missions pour le compte de l'agence de placement
I. _____ SA, en dernier lieu comme aide-étancheur à compter du 25 juin 2013 auprès de
U. _____ SA. A ce titre, il s'est trouvé assuré contre le risque d'accident et de maladie
professionnelle auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après
: la CNA, la SUVA, la Caisse, ou l'intimée). En date du 5 novembre 2013, l'employeur a
adressé à la CNA une déclaration de sinistre dont il résultait que, le 31 octobre 2013,
l'assuré s'était réceptionné sur le genou droit après avoir glissé sur un échafaudage ; le
travail avait été interrompu dès le lendemain. Il était encore précisé que l'horaire de travail
dans l'entreprise était de 42,5 heures par semaine et celui de l'intéressé de 42,75 heures par
semaine, moyennant un salaire horaire de 25 fr. 73 auquel s'ajoutaient 3 fr. 64 pour les
vacances et jours fériés, ainsi que 2 fr. 45 à titre de gratification/part au treizième salaire. A
la suite de cette annonce, la Caisse a pris en charge le cas (indemnités journalières et
traitements médicaux). Dans un rapport du 15 novembre 2013 consécutif à une imagerie par
résonance magnétique (IRM) du genou droit, le Dr X. _____, radiologue, a conclu à une
altération de grade II à III de la corne postérieure du ménisque interne, avec en particulier
irrégularité de sa surface articulaire inférieure, et à une chondromalacie de grade II du
cartilage du condyle fémoral interne dans son versant postérieur et interne, observant
également l'existence de deux kystes centimétriques postérieurs au ligament croisé
postérieur. Aux termes d'un certificat médical du 10 janvier 2014, le Dr C. _____,
médecin au Centre médical Z. _____, a indiqué que les premiers soins avaient été
dispensés le

E. 31

octobre 2013 sont compatibles avec l'exercice à plein temps d'une activité adaptée. Il suit
de là que les arguments du recourant ne résistent pas à l'examen. b) Aux plans psychique et
psychosomatique, le recourant invoque une symptomatologie en lien avec l'accident du 31
octobre 2013 (cf. mémoire de recours du 10 juin 2016 p. 2, réplique du 7 octobre 2016 p. 1

et déterminations du 13 janvier 2017). A l'examen du dossier, on relève que le Dr F. _____ a mentionné un syndrome douloureux chronique tout en soulignant l'état psychique de l'assuré, en proie à des sentiments d'anxiété, de stress et de dévalorisation (cf. rapports des 13 octobre 2014, 26 novembre 2014, 16 décembre 2014 et 30 mars 2015). Quant aux médecins de la Clinique V. _____, ils ont en particulier indiqué que l'assuré, qui avait suivi un traitement antidépresseur en 2011, présentait une dépendance aux benzodiazépines (cf. rapport de synthèse du 21 avril 2015 p. 4). Aucun diagnostic n'a par ailleurs été retenu dans la brève notice rédigée le 8 décembre 2015 par la Dresse J. _____ du Centre psychiatrique S. _____, qui s'est uniquement référée aux douleurs de l'assuré. Finalement, le Dr H. _____ s'est contenté d'évoquer un syndrome douloureux chronique chez un assuré suivi depuis début 2015 au centre psychiatrique susdit (cf. rapport du 2 mars 2016 p. 1). Cela étant, force est de constater que l'unique avis psychiatrique au dossier ne contient pas d'analyse médicale ou de diagnostic précis. Quant aux éléments mis en exergue par les médecins somaticiens, ils sont eux aussi dépourvus d'étude circonstanciée et reposent essentiellement sur les dires du patient. Enfin, la mise en œuvre d'un traitement antidépresseur en 2011 – bien avant l'accident litigieux – est évocatrice de potentiels troubles sans rapport avec les événements du 31 octobre 2013. Si les éléments permettant de conclure à l'existence même de troubles psychiques s'avèrent ainsi insuffisants, il demeure que cette problématique n'a en tout état de cause pas besoin d'être instruite plus avant, dans la mesure où le lien de causalité adéquate entre les éventuels troubles psychiques de l'assuré et l'accident devrait de toute façon être nié pour les raisons exposées ci-après. aa) En cas d'atteinte à la santé psychique, les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un événement accidentel ayant entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (cf. ATF 115 V 133 consid. 6 et 115 V 403 consid. 5) ou d'un traumatisme psychique consécutif à un choc émotionnel (cf. ATF 129 V 177 consid. 4.2) – les principes développés pour les traumatismes de type "coup du lapin" (cf. ATF 134 V 109) n'étant pas pertinents en l'espèce. En présence – comme en l'espèce – d'une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. C'est ainsi que la jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour évaluer le degré de gravité de l'accident, il convient en effet non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (cf. ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et ATF 115 V 403 consid. 5c/aa). Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. Par contre, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont : les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ; la durée anormalement longue du traitement médical ; les douleurs physiques persistantes ; les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; les

difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ; le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques (cf. ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et ATF 115 V 403 consid. 5c/aa). De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident (cf. TF 8C_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.5, in SVR 2010 UV n° 25 p. 100 ; cf. également TF 8C_208/2016 du 9 mars 2017 consid. 3.2 et les références citées).

bb) Dans le cas particulier, les circonstances de l'événement du 31 octobre 2013 ont sensiblement varié au fil de la procédure. Ainsi, la déclaration d'accident du 5 novembre 2013 indique que l'assuré s'est réceptionné sur le genou droit après avoir glissé sur un échafaudage. Le Dr C. _____ a, quant à lui, indiqué que l'intéressé était tombé par terre sur son genou droit alors qu'il travaillait (cf. certificat médical du 10 janvier 2014). Le Dr N. _____ a, pour sa part, exposé que le recourant avait glissé en mettant le pied sur une échelle et s'était déporté vers l'arrière pour ne pas tomber en lâchant le tas de bois qu'il avait dans les mains (cf. rapport du 13 février 2014 p. 1). De son côté, le Dr H. _____ a relaté que l'assuré était tombé en arrière pendant qu'il portait du bois (cf. rapport du 2 mars 2016 p. 1). Puis, en procédure judiciaire, le recourant a fait état d'une chute alors qu'il portait du bois sur un échafaudage (cf. mémoire de recours du 10 juin 2016 p. 2 et écriture du 13 janvier 2017). Même en tenant compte de la version la plus favorable au recourant, à savoir une chute de sa hauteur en tenant du bois sur un échafaudage, il reste qu'objectivement, on ne décèle dans l'événement accidentel à proprement parler – une simple chute de hauteur d'homme – aucun degré particulier de gravité. Il se justifie ainsi de qualifier cet événement comme étant de peu de gravité ; à titre d'exemple, on relèvera qu'a été qualifié d'accident de peu de gravité le fait pour un assuré d'avoir perdu l'équilibre alors qu'il se trouvait sur une échelle et d'être tombé d'une hauteur d'environ deux mètres (cf. TFA U 163/02 du 16 avril 2003 consid. 5). Or, une telle qualification entraîne la négation de tout lien de causalité adéquate entre l'événement du 31 octobre 2013 et d'éventuels troubles psychiques. Même à admettre l'hypothèse d'un accident de gravité moyenne, à la limite d'un accident de faible gravité, la Cour aboutirait à une conclusion identique. En effet, rien au dossier ne permet de retenir que l'accident serait survenu dans des circonstances dramatiques ou impressionnantes, l'intéressé ayant au final chuté dans le cadre de son travail habituel. A cela s'ajoute que les lésions physiques (déchirure méniscale) n'étaient pas de nature, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. Quant à la longue incapacité de travail et les douleurs persistantes, ces éléments ne peuvent être rattachés à un substrat organique. Enfin, il n'y a pas eu d'erreur dans le traitement médical, ni de traitement médical anormalement long au vu de la nature des lésions, ni encore de complications particulières. Dans ces conditions, les critères posés par la jurisprudence pour admettre le rapport de causalité adéquate entre l'événement du 31 octobre 2013 et les atteintes éventuelles à la santé psychique du recourant ne seraient de toute façon pas remplis.

7. Reste à examiner le degré d'invalidité présenté par le recourant, compte tenu de sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. a) A titre liminaire, on notera que selon la jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (cf. ATF 131 V 362 consid. 2.3). Plus particulièrement, l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré ; c'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de

l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (cf. ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4 et 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2). Il est donc admissible d'évaluer l'invalidité du recourant indépendamment de l'appréciation émise en matière d'assurance-invalidité. b) En vertu de 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. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (cf. art. 8 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 al. 1 LPGA). L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. A teneur de l'art. 19 al. 1 phr. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. c) Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (cf. art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA ; cf. TF 8C_125/2010 du 2 novembre 2010 consid. 2). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, 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 (méthode générale de comparaison des revenus ; cf. ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 et 130 V 343 consid. 3.4 ; cf. TF 9C_163/2017 du 2 mai 2017 consid. 3.1). d) aa) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (cf. ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; cf. TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; cf. TF 9C_409/2009 du 11 décembre 2009 consid. 3.1 et I 1034/2006 du 6 décembre 2007 consid. 3.3.2.1). C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (cf. ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; cf. TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 6.2). Pour savoir s'il y a lieu de prendre en considération un changement hypothétique d'activité, les possibilités théoriques de développement professionnel ou d'avancement ne doivent être prises en considération que lorsqu'il est très vraisemblable qu'elles seraient advenues. Il convient, à cet égard, d'exiger la preuve d'indices concrets que l'assuré aurait obtenu dans les faits un avancement ou une augmentation corrélative de ses revenus, s'il n'était pas devenu invalide. Des indices concrets en faveur de l'évolution de la carrière professionnelle doivent exister, par exemple, lorsque l'employeur a laissé entrevoir une telle perspective d'avancement ou a donné des assurances en ce sens. De simples déclarations d'intention de l'assuré ne suffisent pas (cf. TF 8C_145/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3.1, 9C_486/2011 du 12 octobre 2011 consid. 4.1 et 9C_523/2008 du 25 mai 2009 consid. 2.2). Lorsque l'invalidité est la conséquence d'un accident, ces indices doivent déjà avoir existé au moment où celui-ci s'est

produit (cf. TF 8C_145/2012 précité loc. cit. ; cf. TFA U 222/97 du 23 juin 1999 consid. 5c résumé in REAS 2003 p. 66). bb) Pour le calcul du revenu sans invalidité, le recourant s'est successivement prévalu du salaire brut annoncé par son ex-employeur (cf. réplique du 7 octobre 2016 p. 2), du revenu sans invalidité arrêté par l'OAI (cf. déterminations du 13 janvier 2017), puis du salaire qu'il aurait pu réaliser auprès d'une entreprise tierce (cf. écritures des 20 février et 9 mai 2017). A cet égard, il sied de relever que le dernier contrat de mission signé par l'assuré le 24 juin 2013 instaurait un assujettissement à la « CCT - GROS OEUVRE VAUD 2012 », autrement dit la Convention nationale du secteur principal de la construction en Suisse (CN), dont l'art. 24 prévoit un nombre total des heures annuels de travail déterminant de 2'112 heures par année. La CNA a dûment expliqué que les 2'112 heures ainsi arrêtées tenaient compte des vacances et jours fériés et que seule la part au treizième salaire devait y être rajoutée (cf. écritures de la CNA du 29 novembre 2016 ; cf. pour un cas d'application : TF 8C_83/2011 du 9 décembre 2011 consid. 3.3), ce que le recourant n'a pas contesté. Partant, on retiendra que c'est juste titre que la CNA s'est basée sur le salaire horaire net indiqué par l'ex-employeur pour l'année 2015 (cf. art. 19 al. 1 phr. 1 LAA), soit 25 fr. 85 (cf. courriel du 3 juillet 2015), puis l'a multiplié par 2'112 heures, obtenant ainsi un revenu annuel de 54'595 fr. 20 qu'il a encore augmenté de 8,33 % pour la part au treizième salaire, soit 59'143 fr. au total. Tenue d'assumer exclusivement la perte de gain consécutive aux atteintes engendrées par l'accident du 31 octobre 2013, l'intimée n'était en outre nullement contrainte de s'aligner sur le revenu sans invalidité déterminé par l'OAI (cf. consid. 7a supra). Enfin, il y a lieu de souligner qu'aux termes de l'attestation émise le 20 février 2017 par l'entreprise U. _____ SA, cette dernière s'est contentée d'indiquer qu'elle aurait été intéressée à engager l'assuré au printemps 2014 s'il n'avait pas eu d'accident courant 2013. De toute évidence, le simple fait de montrer un intérêt à un éventuel engagement ne suffit pas à rendre cet engagement très vraisemblable au sens entendu par la jurisprudence (cf. consid. 7d/aa supra), d'autant moins lorsque cet intérêt est signalé plus de trois ans après les faits. On ne saurait donc y voir un indice concret quant à l'évolution professionnelle de l'assuré sans l'accident subi le 31 octobre 2013. Pour le surplus, le dossier ne contient aucun autre élément dans le sens d'un tel engagement et, plus particulièrement, aucun indice qui aurait déjà existé au moment de l'accident. Il ne s'agit donc pas là d'un argument susceptible d'infirmier le revenu de valide retenu par l'intimée. Au reste, on peine à comprendre le recourant lorsqu'il se prévaut dans ce contexte – sans aucune explication – de la jurisprudence rendue par la Cour européenne des droits de l'homme dans l'affaire n° 61838/10, portant sur la conformité à la CEDH (Convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; RS 0.101) de la surveillance effectuée par un détective mandaté par un assureur-accidents (social) ; faute de motivation, cet argument ne peut donc qu'être rejeté. Compte tenu de ce qui précède, la Cour de céans ne voit aucun motif pertinent de s'écarter du revenu sans invalidité retenu par la CNA. e) aa) En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) établies par la CNA (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1). La jurisprudence admet que les DPT, qui reposent sur des postes de travail concrets et permettent de ce fait une approche différenciée des activités exigibles en prenant en compte les limitations dues au handicap de l'assuré, les autres

circonstances personnelles et professionnelles, ainsi que les aspects régionaux, constituent une base plus concrète que les données tirées de l'ESS pour apprécier le salaire d'invalide, même si le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence à l'une ou l'autre de ces méthodes d'évaluation (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2 ; cf. Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3 e éd., Bâle 2016, n° 240 p. 980). Pour que le revenu d'invalide corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui, l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée. C'est pourquoi la jurisprudence impose, en cas de recours aux DPT, la production d'au moins cinq d'entre elles (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 ; cf. TF 8C_216/2016 du 30 septembre 2016 consid. 5.1 et 8C_4/2008 du 25 juin 2008 consid. 3.2). La jurisprudence exige de plus la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap de l'assuré, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence (cf. ATF 129 V 472 ; cf. TF 8C_809/2008 du 19 juin 2009 consid. 4.2.2). Il s'agit d'assurer une certaine représentativité des DPT produites et de garantir le respect du droit d'être entendu du recourant (cf. ATF 129 V 472 ; TF 8C_809/2008 précité consid. 4.2.2). bb) En l'espèce, le recourant n'a soulevé aucun grief en lien avec le revenu d'invalide fixé à 58'512 fr. sur la base des DPT. Tout au plus relèvera-t-on que les activités décrites sont en adéquation avec les limitations fonctionnelles retenues et que les DPT choisies comme la manière dont elles ont été versées au dossier sont conformes à la jurisprudence (consid. 7e/aa supra) et ne prêtent pas flanc à la critique. Il n'y a donc pas lieu de s'en écarter. e) La comparaison entre le revenu sans invalidité (59'143 fr.) et le revenu avec invalidité (58'512 fr.) correspond à une perte de gain de 1.066 %, de sorte que le recourant n'a pas droit à une rente d'invalidité. Par surabondance, on notera que même en tenant compte du revenu de valide fixé à 62'086 fr. 19 par l'OAI, le résultat serait le même compte tenu d'un degré d'invalidité de 5,75 %. Au vu de ce qui précède, la décision litigieuse doit être confirmée en tant qu'elle refuse une rente d'invalidité de l'assurance-accidents à l'intéressé. 8. Finalement, il reste encore à examiner l'octroi d'une éventuelle IPAI. 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. Aux termes de l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 ; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. D'après l'art. 25 al. 1 LAA, l'IPAI 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. Selon la jurisprudence, l'atteinte à l'intégrité au sens de cette disposition consiste généralement en un déficit corporel (anatomique ou fonctionnel), mental ou psychique. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives (cf. ATF 115 V 147 consid. 1 et 113 V 218 consid. 4b). De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'aggravation prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin (cf. TF 8C_705/2010 du 15 février 2012 consid. 4.3). Il incombe donc au premier chef aux

médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (cf. TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2). Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'IPAI est échelonnée selon la gravité de l'atteinte, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés 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 l'assuré concerné (cf. ATF 115 V 147 consid. 1 et 113 V 218 consid. 4b et les références citées). L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent du montant maximum du gain assuré (cf. ATF 124 V 29 consid. 1b et 113 V 218 consid. 2a). Il représente une "règle générale" (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (cf. ch. 1 al. 2 de l'annexe). En vue d'une évaluation encore plus affinée de certaines atteintes, la Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (cf. ATF 124 V 209 consid. 4a/cc et 116 V 156 consid. 3a ; cf. TF 8C_563/2014 du 12 janvier 2015 consid. 5.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle. b) En l'espèce, dans son rapport du 26 août 2015, le Dr B. _____ – seul médecin à s'être prononcé sur la question – a retenu que l'examen clinique du genou droit montrait un genou sec et stable, avec flexion-extension physiologique, et que, s'agissant des douleurs à la palpation des interlignes articulaires interne et externe et aux tests de sollicitations rotuliennes, elles n'ouvraient pas de droit à une IPAI à elles seules. L'appréciation du Dr B. _____ doit être suivie, quoi qu'en dise l'assuré. En effet, il faut rappeler que le droit à une IPAI n'est pas ouvert pour toute lésion consécutive à un accident, mais uniquement en cas d'atteinte importante et durable à l'intégrité (cf. consid. 8a supra). Il paraît ainsi difficilement concevable d'y assimiler une simple lésion méniscale, que l'on ne retrouve du reste pas dans les tables établies par la Division médicale de la CNA. En tout état de cause, force est de constater que la lésion méniscale de l'assuré n'entraîne aucun déficit corporel – anatomique ou fonctionnel – objectif selon les constatations du Dr B. _____, qui ne sont mises en cause par aucun autre avis médical au dossier. Bien au contraire, les Drs N. _____ (cf. rapport du 13 février 2014 p. 1), G. _____ (cf. rapport du 18 juin 2014 p. 2), D. _____ (cf. rapport du 24 novembre 2014 p. 4), F. _____ (cf. rapports des 13 octobre 2014 [p. 2], 26 novembre 2014 [p. 1] et 30 mars 2015 [p. 2]), R. _____ et M. _____ (cf. rapport de synthèse de la Clinique V. _____ du 21 avril 2015 p. 2), ainsi que H. _____ (cf. rapport du 2 mars 2016 p. 2) ont constaté de manière concordante que, nonobstant certaines douleurs, la mobilité était conservée, avec un genou stable sur les plans sagittal et latéral, sans signe inflammatoire. Sur cette base, il faut donc retenir que le recourant ne subit pas d'atteinte à l'intégrité ouvrant la voie à une IPAI. Partant, sous cet angle également, la position de l'intimée échappe à la critique. 9. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens, pas plus que l'intimée en sa qualité d'assureur social (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. ATF 127 V 205). c) Lorsque,

comme en l'espèce, une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, le conseil d'office est rémunéré équitablement par le canton (cf. art. 122 al. 1 let. a CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272] cum art. 18 al. 5 LPA-VD). Me Hichri ayant renoncé à produire la liste de ses opérations, son défraiement doit être fixé équitablement sur la base d'une estimation des opérations nécessaires pour la conduite du procès (cf. art. 3 al. 2 RAJ [règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; RSV 211.02.3]). L'indemnité d'office est ainsi arrêtée à 2'500 fr., débours et TVA compris. Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu à remboursement dès qu'il est en mesure de le faire (cf. art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (cf. art. 5 RAJ), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.