

VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 793 vom 5. November 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-11-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2019__793

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 793 du 5 novembre 2019

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 793 del 5 novembre 2019

Regeste

INDEMNITÉ JOURNALIÈRE, SOINS MÉDICAUX, RENTE D'INVALIDITÉ, INDEMNITÉ POUR ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ, ÉTAT DE SANTÉ | 10 al. 1 LAA, 16 LAA, 18 al. 1 LAA, 19 LAA, 21 LAA, 24 LAA, 6 LAA, 16 LPGA, 6 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 31

mars 2017 selon lequel l'assuré se trouvait en totale incapacité de travail du 1^{er} au 30 avril 2017, mais disposait d'une aptitude à 100% pour un travail léger, - un certificat médical du 28 avril 2017 Dr Z. _____ attestant une incapacité de travail de 100% du 1^{er} au 31 mai 2017. Le 29 mai 2017, dorénavant représenté par Me Corinne Monnard Séchaud, l'assuré a confirmé l'opposition formée par Assista Protection Juridique SA et conclu, principalement, à l'annulation de la décision du 10 mars 2017 suivie du renvoi du dossier à la CNA pour une reprise de l'instruction, et, subsidiairement, à la réforme, dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité de l'assureur-accidents. Par certificat du 30 juin 2017, le Dr Z. _____ a attesté une incapacité de travail de 100% dans l'activité de maçon et de 0% dans des activités légères. Dans un complément d'opposition du 5 juillet 2017, l'assuré a fait valoir que les constats médicaux du médecin d'arrondissement de la CNA et de la J. _____ concluant à une fracture-impaction du condyle fémoral interne étaient lacunaires, dans la mesure où ils ne tenaient pas compte des lésions massives des parties molles antéro-médiales, notamment de la lésion de la branche infra patellaire du nerf saphène interne, mises en exergue le 3 juillet 2017 par le Dr U. _____, spécialiste en chirurgie et chirurgie orthopédique. L'assuré a en outre estimé que son état de santé n'était pas stabilisé et a sollicité la reprise de l'instruction médicale. Sur le plan économique, il a contesté les DPT [descriptions de postes de travail] retenues par la CNA à l'appui du calcul du taux d'invalidité, soutenant que les postes en question ne correspondaient pas à des possibilités réalistes de reclassement professionnel, dès lors que d'un point de vue médical, il ne disposait pas des compétences requises (excellente dextérité et bonne vue). L'assuré a encore fait valoir que, le traitement médical devant être repris, il était prématuré de statuer sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il a finalement complété sa conclusion subsidiaire dans le sens de l'octroi d'une IPAI. A l'appui de sa contestation, il a produit un rapport du 3 juillet 2017 du Dr U. _____, lequel a posé les constats suivants : « (...) A ce moment-là [red. : au jour de l'accident] des radiographies standard ont été faites, qui n'ont pas montré de lésion paraissant significatives, selon le radiologue. Il n'a pas relevé la très importante tuméfaction des parties molles clairement visible sur les clichés axiaux de rotules, il n'a pas poursuivi le raisonnement découlant de l'observation d'un important épanchement articulaire sur le cliché de profil (images 1 et 2). Une immobilisation avec une attelle a été introduite. Ensuite, les examens ont compris un complément avec un examen IRM, fait le

même jour. Cet examen a été considéré comme illustrant une pathologie au niveau du condyle fémoral interne avec un enfoncement de 5mm, un important épanchement. Il n'a pas été repris dans la conclusion ni d'ailleurs les lésions sous-cutanées et la collection hémorragique sous-cutanée (images 3 et 4). Le cadre de l'analyse s'est fait ensuite sur le concept d'une pathologie chirurgicale éventuelle. Dans le cadre de cette pathologie, qui a été investiguée par arthro scanner, la discussion d'une réparation du cartilage a été évoquée puis récusée. Le Docteur L. _____ qui l'a reçu en consultation a considéré qu'il n'y avait pas d'indication opératoire en particulier compte tenu de l'état douloureux et de l'incapacité de mouvements constatés à ce moment. Il a relevé un syndrome fonctionnel massif. Il a été complètement scotomisé (ignorer, une réalité de sa conscience) la pathologie extra-articulaire largement illustrée par les images d'IRM. Le patient a été pris en charge à la clinique de rééducation de Sion, sur la proposition du Dr L. _____. Lors de ce séjour, il lui a été reproché de ne pas participer activement à un concept de rééducation. Il a été vu par le Docteur R. _____ qui dans son appréciation relève « ... ses lésions sont de mauvais pronostics... », ses observations sont éminemment pertinentes et n'ont manifestement pas été suffisamment prises en compte. Dans le diagnostic de la lettre de sortie de la J. _____, il n'est pas relevé la pathologie des parties molles, il n'est relevé que le concept de la pathologie osseuse. Le patient est ensuite retourné chez le premier chirurgien qui s'en était occupé. Le Docteur D. _____ a décidé de tenter une reprise du travail au mois de septembre qui s'est soldée par un échec. On observe également que la LS [lettre de sortie] de la J. _____ n'apprécie pas correctement le risque à moyen et long terme et ne procède pas à une annonce précoce à l'AI. Actuellement le patient présente toujours une limitation fonctionnelle de son membre inférieur droit. La démarche se fait toujours avec un genou légèrement fléchi une rotation externe du membre inférieur tel qu'elle est décrite à la J. _____. Il n'y a fondamentalement plus de traitement en cours. Le traitement de physiothérapie a été interrompu faute de financement. La situation sociale de ce patient est actuellement pour le moins très difficile. La persistance d'un état douloureux associé aux difficultés administratives influe, de manière évidente, négativement dans ce dossier. L'examen clinique est caractérisé par un état douloureux à la palpation superficielle et au passage de la sonde d'échographie sur le condyle fémoral interne. La flexion du genou est toujours limitée à 110°. Il n'y a pas de différence thermique significative. (...) L'analyse médicale n'a pas intégré le concept des lésions massives des parties molles antéromédiales, entre autres d'une lésion de la branche infra patellaire du nerf saphène interne. Il apparaît, si l'analyse est superficielle, une certaine différence entre l'état clinique et la fonction du membre inférieur. Cette différence est très souvent retrouvée dans les pathologies ayant intéressé les nerfs sensitifs. Dans le cas de Mr S. _____, il y avait aussi une lésion profonde intra-articulaire qui nécessite une reprise d'investigation. J'ai prévu une consultation spécialisée avec le Dr N. _____ pour la gestion douloureuse de cette lésion neurogène. La consultation a confirmé la participation d'une lésion neurologique. Des propositions thérapeutiques seront formulées après cette consultation. En l'état la prise en charge médicale doit être reprise et un arrêt de travail à 100% dans son ancienne activité est encore présent ». Répondant aux questions posées par Me Monnard Séchaud, le Dr U. _____ a encore précisé que l'assuré présentait un état douloureux nécessitant une prise en charge, qu'il ne pouvait marcher normalement ni longuement, que la question médicale de ce dossier avait été entachée de manquements et d'orientations mal choisies et qu'il subissait une atteinte à l'intégrité qu'il conviendrait de fixer à l'échéance du traitement. Le Dr U. _____ a encore ajouté que l'assuré avait un

passé de maçon, activité qui ne demandait pas de dextérité manuelle. Le 19 juillet 2017, la Dre N. _____, spécialiste en chirurgie plastique reconstructive et esthétique, a retenu les diagnostics de névrome des branches sensitives du nerf saphène droit post-traumatique et de status post fracture impaction-contusion superficielle du condyle médical et perte de cartilage à ce niveau de 9mm (arthro IRM du 18 mars 2016). Au chapitre de l'anamnèse, la Dre N. _____ relevait que depuis l'accident, la flexion du genou droit était limitée, que l'assuré arrivait à marcher sur terrain plat mais avec beaucoup de peine sur terrain irrégulier, qu'il avait peu de douleur au repos mais qu'il ne trouvait pas la position pour dormir compte tenu de l'hypersensibilité de la peau sur la face interne du genou. Elle a demandé à la CNA la prise en charge du traitement dudit névrome prévu le 7 novembre 2017, indiquant que l'intervention chirurgicale envisagée au niveau des branches sensitives pourrait uniquement améliorer la douleur superficielle neuropathique mais ne changerait pas la douleur articulaire qui limite la flexion du genou. La Dre N. _____ a encore précisé que les deux marches en terrain irrégulier effectuées par le patient après l'injection de test avait permis de constater une nette amélioration de la douleur à la marche (70% réduction de la douleur) et une complète disparition de l'hypersensibilité de la peau. Dans un avis du 6 septembre 2017, le Dr P. _____ s'est prononcé en défaveur de la prise en charge par la CNA de l'intervention chirurgicale préconisée par la Dre N. _____. Le 11 octobre 2017, il a encore indiqué qu'après examen des rapports des Drs U. _____ et N. _____, son avis sur l'exigibilité et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité restait inchangé. Par courrier du 13 septembre 2017, la CNA a fait savoir à la Dre N. _____ qu'elle ne prendrait pas en charge l'intervention chirurgicale prévue le 7 novembre 2017. Dans une appréciation médicale du 1^{er} décembre 2017, le Dr P. _____ a confirmé son appréciation dans le sens d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, précisant que les limitations fonctionnelles retenues tenaient compte de l'état douloureux persistant du genou droit. Par décision sur opposition du 12 décembre 2017, la CNA a confirmé sa décision du 10 mars 2017 dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité de 15%. Elle a notamment retenu que dès lors qu'aucun élément ne permettait d'admettre que l'opération préconisée par la Dre N. _____ améliorerait sensiblement la capacité de gain de l'assuré, c'était à juste titre qu'elle avait mis un terme au paiement des frais de traitement médical et de l'indemnité journalière au 31 mars 2017. La CNA a également estimé que l'assuré présentait une atteinte à l'intégrité inférieure à 5%, qui ne donnait pas droit à une indemnité, tout en précisant qu'en cas d'aggravation de l'arthrose, l'intéressé pourrait s'annoncer à nouveau. B. Par acte du 29 janvier 2018, S. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision sur opposition précitée, dont il a conclu, principalement, à l'annulation suivie du renvoi de la cause à l'intimée pour reprise d'instruction et poursuite de la prise en charge des frais de traitement, et, subsidiairement, à la réforme, dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2017 et d'une IPAI « pas inférieure à 10% ». A l'appui de sa contestation, le recourant fait valoir que l'intervention chirurgicale proposée par la Dre N. _____ améliorerait considérablement son état de santé, singulièrement son confort de vie et sa capacité de gain, de sorte qu'elle doit être mise à charge de l'assurance-accidents. Il fait également grief à l'intimée d'avoir insuffisamment instruit le dossier au plan médical et remet en cause la valeur probante des avis de son médecin d'arrondissement. Il conteste encore le taux d'invalidité retenu par la CNA, estimant que les DPT utilisées ne tiennent pas compte de sa situation concrète au plan personnel et professionnel, le Dr U. _____ ayant indiqué qu'il ne disposait pas des qualités requises pour ces postes. Le recourant fonde sa

demande d'IPAI sur le fait qu'il présente une arthrose fémoro-patellaire, que la flexion de son genou droit est limitée à 110-0-0° et qu'il connaît des douleurs persistantes. Dans une réponse du 18 avril 2018, l'intimée, représentée par Me Antoine Schöni, a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise. Par réplique du 9 juillet 2018, le recourant a confirmé ses conclusions. Il fait valoir que l'opération chirurgicale proposée par la Dre N. _____ apporterait une sensible amélioration de son état de santé, puisqu'elle permettrait de réduire ses douleurs de 70% et de mieux marcher. Une fois la douleur gérée, il serait en mesure d'entreprendre une rééducation du genou, qui conduirait à une amélioration de sa fonction et permettrait indubitablement une augmentation de sa capacité de gain. A titre de mesures d'instruction complémentaire, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale afin de déterminer les lésions exactes subies le 4 février 2016, l'opportunité de la prise en charge de l'intervention chirurgicale proposée par la Dre N. _____ ainsi que de tout autre traitement en lien avec l'accident, les limitations fonctionnelles, la capacité de travail dans une activité adaptée et le taux de l'IPAI dans l'hypothèse où le traitement médical ne devait pas être repris. Par duplique du 28 septembre 2018, l'intimée a maintenu ses conclusions. C. Le 19 février 2018, la Juge instructrice a fait verser au dossier de la cause le dossier de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), dont la procédure est pendante devant la Cour de céans (cause AI 317/18). Figurent notamment dans ce dossier : - un rapport du Dr U. _____ du 24 août 2017 au Dr Q. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), indiquant qu'il n'avait pas revu le patient depuis la consultation du 1^{er} mai 2017 et précisant qu'une capacité de travail dans une activité adaptée existerait probablement une fois le patient pris en charge médicalement, - un avis du Dr Q. _____ du 5 septembre 2017, selon lequel la symétrie de l'arthrose fémoro-patellaire permettait de balayer l'hypothèse d'une quelconque corrélation avec l'accident du 4 février 2016. S'agissant des limitations fonctionnelles, le Q. _____ s'est rallié aux conclusions du Dr P. _____, estimant qu'elles intégraient l'ensemble des séquelles de l'accident et des autres problèmes de santé touchant le membre inférieur droit, tant au niveau ostéo-articulaire et cartilagineux qu'au niveau des tissus mous. Le Dr Q. _____ a estimé que l'assuré présentait une totale incapacité de travail dans l'activité de maçon ou toute autre activité lourde, mais qu'il avait recouvré une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 27 octobre 2016, - une fiche de calcul du 16 février 2018 retenant un taux d'invalidité de 14,67 %, compte tenu d'un revenu sans atteinte à la santé de 70'648 fr. et d'un revenu d'invalidité de 60'287 fr. prenant en compte un abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles, - une décision de l'OAI datée du 7 juin 2018, accompagnée d'une lettre explicative du 14 septembre 2018, rejetant la demande de prestations de l'assuré au motif que le préjudice économique découlant de son atteinte à la santé s'élève à 15% et ne suffit pas à ouvrir le droit à une rente d'invalidité ou à des mesures de réadaptation. Les parties ont été invitées par le tribunal à consulter le dossier et déposer cas échéant leurs déterminations dans un délai au 21 mars 2019. Par courriers du 21 mars 2019, les parties ont fait savoir au tribunal qu'elles renonçaient à déposer de nouvelles déterminations et ont maintenu leurs conclusions. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans

les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. En l'espèce, sont litigieux le droit du recourant au versement d'indemnités journalières et à la prise en charge de ses frais de traitement au-delà du 31 mars 2017, singulièrement de l'intervention chirurgicale proposée par la Dre N. _____ le 19 juillet 2017, ainsi que son droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité suite de l'accident du 4 février 2016. 3. a) Selon 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. L'art. 4 LPGA définit l'accident comme toute atteinte dommageable soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et adéquate (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.2 et les références). b) L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), étant précisé que le droit au traitement médical pour la période postérieure à la fixation de la rente d'invalidité est régi par l'art. 21 LAA. L'assuré a également droit à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente d'invalidité 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. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. c) Conformément à l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité est réputée incapacité de gain, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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. 4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). 5. a) En l'occurrence, le recourant fait valoir que son état de santé n'était pas stabilisé au 31 mars 2017, au motif qu'une amélioration pouvait être attendue de l'intervention chirurgicale préconisée par la Dre N._____. Il conteste sur cette base le refus de l'intimée de continuer à prendre en charge le traitement médical et les indemnités journalières au-delà de cette date et qualifie de prématuré l'examen du droit à la rente d'invalidité et à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité au 1^{er} avril 2017. Il convient dès lors d'examiner à titre préalable si l'état de santé de l'assuré était stabilisé au 31 mars 2017, étant rappelé que l'état de santé d'un assuré est réputé stabilisé lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre d'un traitement une sensible amélioration de la capacité de travail. Par sensible amélioration de l'état de santé, il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3). b) Il ressort des pièces au dossier qu'hormis la Dre N._____, aucun des médecins intervenus dans le suivi de l'assuré n'a préconisé de traitement susceptible d'améliorer son état de santé des suites de l'accident du 5 février 2016. Les médecins qui se sont exprimés sur la question, tous spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont au contraire écarté toute intervention chirurgicale. S'interrogeant sur l'éventualité d'une indication opératoire au vu de la persistance des douleurs, le Dr D._____ a adressé son patient au DrL._____, lequel a confirmé le 20 avril 2016 une fracture-impaction antéro-médiale du fémur droit et constaté un syndrome fonctionnel massif. Le DrL._____ a cependant estimé qu'aucun traitement chirurgical n'entraîne en ligne de compte, un séjour de réadaptation intensive à la J._____ lui paraissant par contre indiqué. Au terme d'un séjour de l'assuré de trois semaines à la J._____, le Dr R._____ a observé que même si des patients restaient douloureux jusqu'à plus de douze mois à la suite de lésions telles que celles subies par l'assuré, il n'existait pas de geste chirurgical simple pour améliorer les patients, de sorte qu'il n'envisageait pas d'intervention chirurgicale. Dans leur rapport du 14 juin 2016, les Drs C._____ et H._____ ont retenu les diagnostics de traumatisme au niveau du genou droit avec fracture/impaction du condyle interne et d'arthrose fémoro-patellaire bilatérale. Ils ont confirmé qu'aucune nouvelle intervention n'était proposée et ont prescrit 9 séances de physiothérapie, estimant qu'un tel traitement, associé à des exercices à domicile, pourrait améliorer les limitations fonctionnelles et la qualité de vie de l'assuré, une stabilisation médicale étant attendue dans un délai de huit mois, c'est-à-dire à une année de l'accident. De son côté, la Dre N._____ a indiqué que l'intervention qu'elle envisageait de pratiquer au niveau des branches sensibles pourrait uniquement améliorer la douleur superficielle neuropathique mais ne changerait pas la douleur articulaire à l'origine de la limitation de la flexion du genou. Il découle de ces éléments que le résultat attendu de l'opération litigieuse ne correspond pas à une amélioration sensible de l'état de santé dans la mesure où il n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante prévalant en assurances sociales (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références citées) que l'intervention envisagée conduirait à une amélioration de la capacité de travail. Même à admettre que le recourant puisse être soulagé des douleurs superficielles, le fait que les douleurs articulaires

persisteraient et qu'elles sont à l'origine des limitations fonctionnelles dont souffre l'intéressé empêche d'admettre que l'intervention proposée permettrait une amélioration de la capacité de travail. Le fait que l'assuré soit parvenu à marcher sur terrain irrégulier à deux reprises 45 minutes à la suite d'une injection de test ne conduit pas à une conclusion contraire. On relèvera à cet égard qu'il est ressorti des investigations médicales que l'assuré disposait, d'ores et déjà en l'état, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses restrictions fonctionnelles, lesquelles prennent en compte les limitations persistant au niveau de son genou droit, y compris celles induites par les douleurs (cf. appréciation du P. _____ du 1^{er} décembre 2017), et qu'en aucun cas, la perspective de reprendre son ancienne activité de maçon n'est évoquée par le corps médical, pas même par les Drs U. _____ et N. _____. c) Au vu des éléments précités, l'intimée était fondée à considérer que l'état de santé du recourant était stabilisé au 31 mars 2017 et à statuer sur le droit à la rente, en mettant fin au versement des indemnités journalières. Le grief formulé à cet égard par le recourant est infondé et doit être rejeté. 6. Le recourant conteste ensuite le degré d'invalidité retenu par l'intimée, estimant avoir droit à une rente entière d'invalidité. Il remet notamment en question la valeur probante des rapports médicaux sur lesquels l'intimée a fondé sa décision, faisant grief à celle-ci d'avoir statué sur la base d'un dossier insuffisamment instruit. Il conteste également les éléments économiques retenus par l'intimée dans le calcul de l'invalidité. a) Au plan médical, les parties s'entendent sur le fait que la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle de maçon est nulle. Par contre, leurs avis divergent s'agissant de l'exigibilité dans une activité adaptée. L'intimée retient qu'au 1^{er} avril 2017, le recourant avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. De son côté, le recourant, se fondant sur les avis des Drs U. _____ et N. _____, soutient qu'il présentait même au-delà de cette date une incapacité de travail de 100% dans toute activité. aa) Le recourant a fait l'objet d'une première appréciation médicale à la J. _____ en juin 2016. A l'issue du séjour, les Drs C. _____ et H. _____ ont relevé que les lésions objectives constatées n'expliquaient que partiellement les plaintes et les limitations fonctionnelles de l'assuré, estimant que des facteurs contextuels négatifs tels qu'une kinésiophobie, une catastrophisation chez un patient avec des traits de personnalité anxieuse, un comportement douloureux et auto-limitant, ainsi que l'absence de maîtrise du français et de formation, influençaient de manière négative les aptitudes fonctionnelles de l'intéressé. Ces médecins ont également constaté des incohérences entre le comportement de l'assuré en thérapie, lors des tests fonctionnels, et son comportement hors des thérapies. S'ils ont émis un pronostic négatif s'agissant de la réinsertion dans l'activité de maçon, ils se sont prononcés favorablement quant à la reprise d'une activité adaptée, à savoir toute activité ne nécessitant pas de longs déplacements, pas de ports de charges lourdes, pas de positions contraignantes pour le genou (accroupies et à genoux), pas de positions debout prolongées ni de montées et descentes d'escaliers et d'échelles. Ils ont attesté une incapacité de travail de 100% dans l'activité de maçon du début de l'hospitalisation, le 24 mai 2016, au 14 juillet 2016 (soit un mois après la sortie), tout en ajoutant que la situation devrait ensuite être réévaluée (rapport du 14 juin 2016). Dans un rapport du même jour, le Dr R. _____ a indiqué que l'assuré se trouvait au décours d'un choc direct violent et présentait des lésions de mauvais pronostic, provoquant parfois des douleurs jusqu'à plus de 12 mois. Procédant à une réévaluation de la situation le 26 octobre 2016, le Dr P. _____ a pris note du fait que l'assuré estimait que son séjour à la J. _____ lui avait permis de faire des progrès, que son périmètre de marche à plat n'était dorénavant plus limité, mais qu'il présentait toujours

des difficultés à la montée et descente des escaliers. L'assuré avait également signalé la formation d'un œdème au genou lorsqu'il marchait davantage. A l'issue de son examen clinique, le Dr P. _____ a constaté que la marche s'effectuait avec une boiterie d'épargne du membre inférieur droit et une rotation externe majorée du pas à droite. L'accroupissement était tout de même possible à 80% de la distance. La situation monopodale pouvait être tenue alternativement des deux côtés mais le sautellement unipodal droit avait été refusé. En décubitus dorsal, le genou droit faisait l'objet d'une discrète lame d'épanchement intra-articulaire et la mobilité en flexion-extension était limitée à 110°-0°. L'assuré exerçait des contrepulsions lorsqu'on essayait de dépasser l'amplitude de flexion active. Le genou droit était stable sur les plans frontal et sagittal et le rabot rotulien ne présentait aucune spécificité. Sur la base de ces constats, le Dr P. _____ a confirmé les limitations fonctionnelles retenues par la J. _____ (nécessité d'éviter les marches prolongées en terrains irréguliers, les montées et descentes répétées d'escaliers, d'échelles et d'échafaudages et les travaux accroupis ou à genoux), estimant que dans une activité respectant ces restrictions, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail. Appelé ultérieurement à se prononcer sur les rapports des Drs U. _____ et N. _____, le Dr P. _____ a indiqué que son appréciation de l'exigibilité restait inchangée et que les limitations fonctionnelles retenues tenaient compte des douleurs persistant au genou droit (avis des 11 octobre et 5 décembre 2017). Les appréciations des Drs C. _____, H. _____ et P. _____ sont convaincantes. Ces médecins ont procédé à un examen clinique et ont pris en considération l'ensemble des éléments figurant au dossier. Ils se sont prononcés en pleine connaissance de l'anamnèse et ont pris en compte les plaintes de l'assuré, avant de poser des conclusions claires et motivées. Comme indiqué ci-dessus, l'appréciation initiale du Dr P. _____ a été complétée en octobre et décembre 2017 pour tenir compte des nouvelles pièces médicales produites par le recourant. Les rapports des Drs C. _____, H. _____ et P. _____ satisfont donc aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante des rapports médicaux. On ne peut suivre le recourant lorsqu'il fait grief à la CNA d'avoir statué sur un dossier insuffisamment instruit. On rappellera à cet égard que la CNA a soumis les rapports des Drs U. _____ et P. _____ au Dr P. _____, qui a indiqué que son appréciation restait inchangée. Il y a donc lieu de retenir que l'avis du Dr P. _____ prend en compte l'ensemble des données médicales disponibles. Son avis est d'ailleurs corroboré par le Dr Q. _____ qui a estimé, après avoir interpellé une nouvelle fois le Dr U. _____, que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr P. _____ intégraient l'ensemble des séquelles de l'accident ainsi que les autres problèmes de santé affectant le membre inférieur droit, tant au niveau ostéo-articulaire, cartilagineux qu'au niveau des tissus mous, et que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité ne nécessitant pas de marches prolongées en terrains irréguliers, pas d'usage répété d'échelles ou d'escalier et pas de travail en position accroupie ou à genou, et qu'il considère que ces limitations fonctionnelles prennent en compte. En définitive, l'appréciation du Dr P. _____ n'est pas critiquable et il ne se trouve au dossier aucun élément de nature à la remettre sérieusement en cause. bb) Les rapports médicaux sur lesquels le recourant fonde sa contestation ne permettent en effet pas de parvenir à une conclusion différente de celle retenue par l'intimée. Le Dr U. _____ ne se prononce pas de manière complète et motivée sur la capacité de travail de l'intéressé ni n'avance de limitations fonctionnelles plus restrictives que celles retenues par la CNA. Il s'emploie pour l'essentiel à émettre des critiques relatives aux investigations médicales entreprises après l'accident, les estimant entachées de manquements et d'orientations mal

choisies. Il reproche aux différents médecins d'avoir ignoré des atteintes extra-articulaires, notamment une tuméfaction des parties molles, un épanchement articulaire et une lésion neurogène. S'agissant des tissus mous, on relèvera préalablement qu'il ressort de l'IRM du 4 février 2016 une absence d'anomalie au niveau des ménisques et des ligaments croisés et collatéraux, ce que l'arthro-CT du 18 mars 2016 a permis de confirmer. En effet, les ligaments croisés étaient intacts, le ligament interne ne présentait pas d'autre anomalie qu'une enthésopathie calcifiée à l'insertion fémorale proximale et il n'y avait pas d'autre lésion cartilagineuse visible au niveau des compartiments fémoro-tibiaux ni de déchirure méniscale détectable. Le Dr U. _____ n'explique en tous les cas pas en quoi les atteintes qu'il mentionne et qui auraient été ignorées par les premiers examinateurs conduiraient à une solution différente concernant le droit à une rente d'invalidité, singulièrement en quoi elles impliqueraient des limitations fonctionnelles plus importantes ou diminueraient dans une plus large mesure la capacité résiduelle de travail. S'agissant des limitations fonctionnelles, il invoque un état douloureux et une limitation de la flexion du genou droit à 110°, soit des constats concordant avec ceux des médecins de la J. _____ et du Dr P. _____; il n'apporte à cet égard aucun élément nouveau qui aurait été ignoré de ces derniers. De même, en attestant une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle de maçon, le Dr U. _____ ne fait que se rallier à l'avis généralement partagé par ses confrères. Interpellé par le Dr Q. _____ sur la question de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, le Dr U. _____ s'est limité à répondre le 24 août 2017 qu'une telle capacité existerait probablement, une fois que l'assuré aurait bénéficié d'une prise en charge médicale. Cet avis est dénué de toute motivation et ne repose sur aucun élément médical circonstancié. Le Dr U. _____ n'explique notamment pas la raison pour laquelle il ne pourrait pas d'ores et déjà apprécier ladite capacité résiduelle en fonction des limitations fonctionnelles existantes. Son avis sur ce point, pourtant essentiel lorsqu'il s'agit de trancher le droit à une rente d'invalidité, est à tel point sommaire qu'il ne saurait être retenu. Dans son rapport du 3 juillet 2017, le Dr U. _____ fait encore valoir que le risque à moyen et long terme a été apprécié de manière incorrecte et que les observations du Dr R. _____ dans le sens d'un mauvais pronostic n'ont pas été suffisamment prises en compte. Ces remarques, également avancées sous forme de simples assertions dénuées de toute motivation médicale, ne sauraient être retenues. On relèvera au demeurant que le Dr R. _____ a effectivement fait état de lésions de mauvais pronostics, susceptibles de rester douloureuses durant plus de douze mois. En allouant de pleines indemnités journalières durant plus de treize mois et en reconnaissant la persistance de limitations fonctionnelles, notamment en raison des douleurs, on ne voit toutefois pas en quoi la CNA n'aurait pas suffisamment tenu compte des observations du Dr R. _____. La Dre N. _____ n'apporte pas non plus d'éléments justifiant de s'écarter de la solution retenue par l'intimée : elle ne se prononce pas sur la capacité de travail et n'indique qu'une limitation de la flexion du genou droit, au même titre de ses confrères, limitation qu'elle attribue aux douleurs intra-articulaires. La Dre N. _____ observe en outre que le recourant a peu de douleurs au repos et qu'il arrive à marcher sur terrain plat. Ces constats ne corroborent donc pas l'argumentation du recourant selon laquelle il ne serait pas capable d'exercer une activité même sédentaire. La Dre N. _____ n'apporte en tous les cas aucun élément de nature à remettre sérieusement en question l'avis du Dr P. _____. cc) Les médecins traitants de l'assuré ne soutiennent pas non plus une incapacité de travail de 100% dans toute activité, comme le fait valoir l'intéressé. Le Dr D. _____ a relativement rapidement préconisé une reprise du travail. Estimant que l'évolution était lentement

favorable, il a attesté une reprise du travail à 50% par demi-journées dès le 29 août 2016. Il a indiqué que son patient décrivait peu de gêne lors de la marche à plat, mais éprouvait toujours des difficultés à se mettre à genoux (cf. certificat médical du 2 août 2016 et rapport médical du 5 août 2016 à la CNA). A la demande de son patient, il a toutefois finalement prolongé l'arrêt de travail à 100% d'abord jusqu'au 5 septembre 2016, puis au 30 octobre 2016. Dans un rapport du 15 décembre 2016 à l'OAI, le Dr D._____ a indiqué qu'une tentative de reprise du travail en octobre (sic) 2016 s'était soldée par un échec, que les gonalgies présentées par l'assuré étaient incompatibles avec l'activité de maçon mais qu'une reprise du travail dans une activité sédentaire adaptée, à un taux à définir entre 50 et 100% selon la symptomatologie douloureuse, était possible dès le 5 septembre 2016. Le suivi par le Dr D._____ a pris fin le 5 septembre 2016 et a été repris par le Dr Z._____ dès le 29 octobre 2016. Dans un premier temps, le Dr Z._____ a attesté sans plus de précision une incapacité de travail à 100%, avant d'indiquer que si son patient était toujours en totale incapacité de travail dans son activité habituelle de maçon, il avait recouvré une capacité de travail entière dans une activité légère (certificats des 31 mars et 30 juin 2017). dd) Au vu de ce qui précède, il ne se trouve au dossier aucun élément médical qui serait de nature à remettre sérieusement en cause les conclusions des médecins de la J._____ et du Dr P._____. Il n'y a donc pas lieu de s'écarter de la solution retenue par la CNA, à savoir que le recourant a recouvré dès le 1^{er} avril 2017 une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. b) Le recourant pouvant mettre à profit une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, il convient d'examiner s'il subit du fait du changement d'activité exigé par son état de santé un préjudice économique lui ouvrant le droit à une rente d'invalidité de l'assureur-accidents. aa) 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 (art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA ; TF 8C_778/2017 du 25 avril 2018 consid. 3). 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 ; ATF 142 V 290 consid. 4 et 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1). 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'invalide 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 (ATF 139 V 592 consid. 2.3 ; 135 V 297 consid. 5.2 ; TF 9C_140/2017 du 18 août 2017 consid. 5.4.1). Selon la jurisprudence, la détermination du revenu d'invalide sur la base des données salariales résultant des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit (éventuel) à la rente, soit en l'occurrence en avril 2017, date à laquelle l'état de santé du

recourant est considéré comme stabilisé (ATF 129 V 222, consid. 4, 128 V 174, consid. 4.1 et 4.2). bb) En l'occurrence, la CNA a fixé le revenu sans invalidité du recourant à 70'468 fr. sur la base du salaire ressortant du contrat de travail du 29 janvier 2018 liant l'assuré à T. _____. Elle a en outre arrêté le salaire d'invalidité à 60'181 fr., prenant en compte cinq DPT qu'elle a estimées compatibles avec les limitations fonctionnelles du recourant. Le recourant conteste le salaire d'invalidité et soutient à cet égard que les DPT utilisées par l'intimée se rapportent à des activités qui ne tiennent pas compte de sa situation concrète au plan personnel et professionnel, en ce sens que ces postes exigent une dextérité fine des doigts ainsi qu'une bonne vue, qualités dont il s'estime dépourvu. On relèvera tout d'abord que le recourant ne fournit aucun élément permettant de rendre vraisemblable qu'il connaît des restrictions visuelles et dans l'utilisation de ses mains. Le fait que le Dr U. _____ indique que l'intéressé a un passé professionnel dans la maçonnerie et non dans une activité exigeant une dextérité manuelle n'est à cet égard d'aucune utilité. En tout état de cause, la question peut rester ouverte dans la mesure où le bien-fondé du choix des DPT opéré par l'intimée doit être examiné uniquement à la lumière des lésions se trouvant en lien de causalité avec l'accident du 4 février 2016. Or les difficultés visuelles ou le manque de dextérité fine, même s'ils étaient établis au plan médical, ce qui n'est pas le cas, sont sans aucun lien avec l'accident précité, de sorte que la CNA n'avait pas à en tenir compte dans son analyse du revenu d'invalidité. Pour le surplus, il convient de constater que lors du choix des DPT, la CNA a respecté les conditions imposées par la jurisprudence en la matière et a pris en compte la nécessité d'une activité légère ainsi que les limitations fonctionnelles liées au genou droit. Le revenu moyen d'invalidité de 60'181 fr. retenu par l'intimée ne prête ainsi pas le flanc à la critique. cc) On relèvera encore que le calcul du revenu d'invalidité sur la base des chiffres ressortant de l'ESS, autre méthode avalisée par le Tribunal fédéral, ne parviendrait pas à une solution plus favorable à l'assuré. C'est la méthode utilisée par l'OAI, lequel parvient à un taux d'invalidité de 14,67%, en opérant un abattement de 10% sur le revenu d'invalidité, pour tenir compte des limitations fonctionnelles (cf. fiche de calcul du 16 février 2018 au dossier de l'OAI). Ce calcul, contrôlé d'office, n'est pas critiquable non plus. c) En définitive, il ne se trouve au dossier aucun élément justifiant de s'éloigner du taux d'invalidité de 15% retenu par l'intimée. L'état de santé de l'assuré étant considéré comme stabilisé à partir du 1^{er} avril 2017, c'est à juste titre que l'intimée lui a reconnu le droit à une rente d'invalidité de 15% dès cette date. (art. 19 LAA). 7. A l'appui de son recours, l'assuré soutient encore avoir droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite de l'accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Aux termes de l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGIT MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in : Schweizerisches Bundes-verwaltungsrecht (SBVR), 2^{ème} éd., 2007, n o 229

et 235). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 annexe 3 OLAA). La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure 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 (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc et 116 V 156 consid. 3a ; TF 8C_566/2017 précité, loc. cit.).

b) aa) Le recourant reproche tout d'abord à l'intimée d'avoir statué de manière prématurée sur ce point, sa situation médicale n'étant pas stabilisée. Ce grief est infondé puisque l'état de santé du recourant était stabilisé au plus tard le 31 mars 2017 (cf. consid. 5c supra). bb) Le recourant fait ensuite valoir une violation de son droit d'être entendu, au motif qu'il n'a pas pu se déterminer sur l'avis du Dr M. _____, auquel se réfère l'intimée dans la décision litigieuse. Dans sa réponse au recours, l'intimée a expliqué de manière convaincante que le rapport médical auquel elle se référerait émanait en réalité du Dr P. _____. Dans son rapport d'examen du 26 octobre 2017, le Dr P. _____ a en effet considéré qu'aucune IPAI n'était due en lien avec l'accident du 4 février 2016, les derniers clichés au dossier ne montrant aucune évolution arthrosique du genou droit. Cette appréciation correspondant exactement aux propos prêtés par la décision litigieuse au Dr M. _____. Il convient donc de retenir qu'on se trouve en présence d'une erreur de plume de l'intimée, qui reste sans incidence sur les droits procéduraux du recourant, étant précisé que le Dr M. _____ est un autre médecin d'arrondissement de la CNA. L'intéressé ne peut donc valablement invoquer une violation de son droit d'être entendu. cc) Sur le fond, l'intimée, se référant à l'appréciation du Dr P. _____, a refusé le droit à une IPAI, estimant que les atteintes présentées par l'assuré n'étaient pas suffisamment importantes pour ouvrir le droit à une telle indemnité, les clichés d'imagerie ne montrant pas d'évolution de l'arthrose. De son côté, le recourant soutient avoir droit à une IPAI d'au moins 10%, au motif qu'il souffre d'arthrose fémoro-patellaire, d'une limitation de la flexion de son genou droit à 110° et de douleurs. Alors même que la fixation d'une IPAI est une question d'ordre médical, le recourant se limite à faire valoir son propre avis sur la question, mais ne produit aucun élément médical objectif qui soit de nature à remettre sérieusement en cause l'avis du Dr P. _____. On notera à cet égard que dans ses réponses aux questions de Me Monnard Séchaud, le Dr U. _____ se limite à affirmer que l'assuré subit une atteinte à l'intégrité qui devra être fixée à l'échéance du traitement. Les éléments au dossier ne suffisent donc pas à établir que le recourant subit en raison de l'accident du 4 février 2016 une atteinte à l'intégrité suffisamment importante pour ouvrir le droit à une IPAI. On relèvera encore que la radiographie effectuée le jour de l'accident révélait déjà une légère ostéophytose fémoro-patellaire au genou droit. Les examens par radiographie effectués à la J. _____ ont au surplus mis en évidence une arthrose bilatérale. Dite arthrose étant même plus marquée au genou gauche, qui n'a pas été touché lors l'accident, le Dr Q. _____ en a conclu, de manière convaincante, qu'elle était due à l'âge et était survenue indépendamment de l'accident. On relèvera enfin, d'une part, que selon la table 5 établie par la Division médicale de la CNA (« Atteintes à l'intégrité

résultant d'arthroses »), seules les arthroses de gravité moyenne et grave peuvent donner lieu à une IPAI, à l'exclusion des arthroses légères, et, d'autre part, qu'à teneur de la table 2 (« Atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs »), seule une mobilité du genou limitée à 90° et moins est susceptible de donner droit à une IPAI, la mobilité du genou droit du recourant atteignant 110°. c) En définitive, l'appréciation de l'intimée s'agissant de l'IPAI n'apparaît pas critiquable et le recourant n'a pas fait valoir d'éléments médicaux objectifs contraires qui justifieraient de s'en écarter. Il convient par conséquent de confirmer le refus d'allouer une IPAI pour les suites de l'accident du 4 février 2016, étant précisé qu'en cas d'aggravation non prévisible, la personne assurée a toujours la possibilité d'annoncer le cas sous la forme d'une rechute ou de suites tardives qui pourront, le cas échéant, justifier le versement d'une indemnité complémentaire (ATF 127 V 456 consid. 4 ; TF 8C_219/2018 consid. 4.3. du 5 juillet 2018). 8. Au cours de la procédure d'opposition contre la décision de la CNA du 10 mars 2017, le recourant a sollicité la prise en charge par l'intimée de l'intervention chirurgicale préconisée par la Dre N. _____ le 19 juillet 2017. Le droit au traitement médical des lésions résultant d'un accident est soumis à des conditions différentes selon que la rente est, ou n'est pas, d'ores et déjà fixée. Lorsque la rente n'est pas encore fixée, le droit au traitement médical est régi par l'art. 10 LAA ; une fois la rente fixée, c'est l'art. 21 LAA qui trouve application. Dans un arrêt du 17 juin 2002, le Tribunal fédéral des assurances a estimé qu'aussi longtemps que la décision statuant sur le droit à la rente n'est pas entrée en force, il n'y a pas lieu de considérer que la rente a été fixée et le droit au traitement médical doit être examiné sur la base de l'art. 10 LAA (TFA U 252/01 consid. 2b, cité par l'arrêt du TF 8C_103/2018, 8C_131/2018 du 25 juillet 2018, consid. 6.2). Le Tribunal fédéral a cependant estimé que si les problématiques du droit à la rente et du traitement médical sont toutes deux pendantes dans la même procédure devant la même autorité (ce qui n'était pas le cas dans l'affaire tranchée par le Tribunal fédéral des assurances le 17 juin 2002, où le juge fédéral n'était saisi que de la question relative au traitement médical alors que celle du droit à la rente était encore pendante en instance cantonale), le droit au traitement médical doit être examiné sous l'angle de l'art. 21 LAA si, simultanément, dans le même jugement, le tribunal cantonal avait confirmé la stabilisation de l'état de santé et le passage à la rente. La Haute Cour a considéré qu'il n'y a dans ce cas de figure pas d'obstacle à considérer que la rente est fixée au sens de l'art. 21 al. 1 LAA même si la décision de rente n'est pas formellement entrée en force parce que le recourant a conclu à la reconnaissance d'un degré d'invalidité supérieur à celui fixé par la décision contestée (TF 8C_55/2015 du 12 février 2016 consid. 5). Tel est le cas en l'espèce, puisque tant le droit à la rente d'invalidité que le traitement médical sont litigieux au sein de la même procédure ; la prise en charge du traitement médical requise par le recourant doit donc s'examiner sous l'angle de l'art. 21 LAA. Aux termes de l'art. 21 al. 1 LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire dans les cas suivants : a. lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle ; b. lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci ; c. lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain ; d. lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration. En l'occurrence, aucune des conditions précitées n'est réalisée. Comme déjà développé, il n'a pas été établi que l'intervention chirurgicale proposée par la

Dre N. _____, pas plus qu'un autre traitement médical, permettrait une amélioration de la capacité de gain de l'assuré (cf. consid. 5c supra). Aucun élément médical au dossier ne permet au demeurant de retenir que de tels traitements empêcheraient une notable diminution de la capacité de gain du recourant, ce que celui-ci ne soutient d'ailleurs pas. En outre, aucun traitement durable au sens de l'art. 21 al. 1 let. c n'est évoqué. Quant à la lettre d de l'art. 21 al. 1 LAA, elle ne trouve pas application en l'espèce, dès lors qu'elle vise les bénéficiaires de rente totalement invalides (ATF 140 V 130 consid. 2.3 ; TF 8C_518/2016 du 8 mai 2017 consid. 3.4), soit une éventualité qui n'est pas réalisée dans le cas du recourant. C'est dès lors à juste titre que l'intimée a mis fin à la prise en charge du traitement médical au 31 mars 2017 et qu'elle a en particulier refusé la prise en charge de l'intervention chirurgicale proposée par la Dre N. _____ le 19 juillet 2017. A titre subsidiaire, il appert qu'un examen du droit au traitement médical sous l'angle de l'art. 10 LAA n'aurait pas conduit à un résultat différent puisque, comme établi précédemment, ledit droit cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1, 2^{ème} phrase, LAA), et que ce dernier a été reconnu au 1^{er} avril 2017. 9. Si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves. Une telle manière de procéder ne viole le droit d'être entendu (appréciation anticipée des preuves ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 131 I 153 consid. 3). En l'occurrence, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit, le dossier est suffisamment complet pour permettre à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la requête d'expertise formulée par le recourant. Une telle mesure d'instruction ne serait en effet pas de nature à modifier les considérations qui précèdent. 10. a) Au vu des éléments précités, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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