

VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 273 vom 15. April 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-04-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2020__273

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 273 du 15 avril 2020

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 273 del 15 aprile 2020

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, PRESTATION D'ASSURANCE{AA}, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, FORCE PROBANTE, INDEMNITÉ POUR ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ | 18 al. 1 LAA, 24 LAA, 16 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 15.04.2020 Arrêt / 2020 / 273

RENTE D'INVALIDITÉ, PRESTATION D'ASSURANCE{AA}, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, FORCE PROBANTE, INDEMNITÉ POUR ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ | 18 al. 1 LAA, 24 LAA, 16 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AA 11/20 - 46/2020 ZA20.002033 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 15 avril 2020

_____ Composition : Mme Durussel , présidente MM. Neu et

Piguet, juges Greffière : Mme Chaboudez ***** Cause pendante entre :

Q. _____ , à [...], recourant, et Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents , à Lucerne, intimée. _____ Art. 18 al. 1 et 24 LAA E n f a i t : A. a) Q. _____

(ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1972, a obtenu un CFC de carrossier tôlier en 1990, avant de suivre une formation complémentaire de mécanicien terminée en 1992 et d'obtenir un brevet d'économiste en entreprise en 2002. Il est également titulaire d'un diplôme de « Techmaster » depuis 2009 et d'une certification « Project management et Process analyse » obtenue en 2014. L'assuré a d'abord travaillé comme carrossier-tôlier de 1990 à 1996, puis comme chef d'atelier carrosserie et mécanique de 1997 à 2001, puis chef d'atelier et d'exploitation de 2002 à 2010. De novembre 2011 à janvier 2014, il a été employé en tant que chef d'exploitation auprès de C. _____ SA, puis a été mis au bénéfice de prestations de l'assurance-chômage. b) Le 30 janvier 2015, l'assuré a glissé sur une plaque de glace après être sorti de son véhicule ; il a ainsi tordu son genou, ce qui lui a causé une déchirure instable de la corne du ménisque interne du genou droit, constatée par une IRM du 20 février 2015. Le cas a été annoncé le 8 avril 2015 à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée), qui a versé des indemnités journalières et pris en charge les soins médicaux. Suivant la proposition du Dr P. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, l'assuré a subi une arthroscopie du genou droit pour méniscectomie interne partielle le 30 juin 2015 à la Clinique [...] à [...]. Il est sorti de la clinique le 1 er juillet 2015 ; l'évolution était tout à fait favorable, les fils devaient être enlevés deux semaines après l'opération et un contrôle en consultation devait être effectué à 6 semaines postopératoires. Dans l'intervalle, des séances de physiothérapie de rééducation lui ont été prescrites. Le 30 juin 2015, le Dr P. _____ a établi un certificat d'incapacité de travail jusqu'au 30 juillet 2015, l'activité professionnelle pouvant être reprise à 100 % dès le 1 er

août 2015. Le 25 août 2015, le Dr P. _____ a toutefois constaté une évolution marquée par la persistance de douleurs internes notamment à la marche et à l'appui. La reprise du travail était repoussée au 14 septembre 2015. L'assuré a ensuite été suivi en consultation par le Dr D. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, qui a prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 26 octobre 2015. L'arthro-IRM réalisée le 5 novembre 2015 a révélé un status post méniscectomie partielle et sutures d'une déchirure horizontale du segment postérieur et du segment moyen du ménisque médial, avec un petit passage de produit de contraste dans l'hypersignal postérieur du ménisque médial résiduel, mais s'étendant sur uniquement un tiers de l'hypersignal et parlant donc contre une redéchirure méniscale. Elle a en outre montré l'absence de fragment méniscal déplacé ou de kyste méniscal. Le 11 novembre 2015, le Dr D. _____ a constaté la persistance des douleurs et a renvoyé l'assuré à consulter à nouveau le médecin orthopédiste. Vu la persistance de fragments instables et les douleurs résiduelles, le Dr P. _____ a fixé une nouvelle arthroscopie initialement prévue le 8 décembre 2015, puis repoussée au 9 février 2016, la reprise du travail étant prévue 1 mois à 6 semaines après cette intervention. Les fils devaient être enlevés deux semaines après l'opération et un contrôle en consultation devait être effectué à 6 semaines postopératoires. Le protocole opératoire indique que le ménisque interne présentait un status post résection partielle, celui-ci n'étant pas franchement redéchiré, mais il restait un résidu méniscal qui semblait un peu dur à la palpation au crochet et qui pouvait expliquer la gêne ressentie par l'assuré. Au teste au crochet, le médecin a noté que la résection était faite en zone stable sans fragment résiduel pouvant gêner le patient par la suite. Le 24 mars 2016, le Dr P. _____ a observé une évolution globalement favorable, sous réserve de douleurs persistantes après 5 minutes de marche au niveau du plateau tibial interne surtout. A l'examen clinique, il a noté que la mobilité était complète, qu'il n'y avait pratiquement pas d'épanchement, pas de signes méniscaux, mais plutôt une douleur sur le plateau tibial interne proximal et peut-être sur le ligament latéral interne. Il a réadressé l'assuré au Dr D. _____ pour terminer le traitement de rééquilibrage musculaire, en précisant que les douleurs allaient mettre encore quelques semaines pour s'estomper complètement. La reprise du travail était prévue pour le 2 avril 2016. Dans un rapport du 24 mai 2016, le Dr D. _____ a mentionné une tendinopathie de la patte d'oie à droite qui évoluait favorablement sous physiothérapie, mais il persistait un épanchement intra-articulaire. Il a prolongé l'incapacité de travail de l'assuré à plusieurs reprises, jusqu'au 8 octobre 2016, et lui a prescrit des séances de physiothérapie. Le 28 septembre 2016, l'assuré a été reçu par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr K. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour un examen. Le rapport dressé le même jour résume les pièces médicales au dossier, relate les plaintes de l'assuré et indique les constatations cliniques du Dr K. _____, avant de procéder à une analyse de la situation. En conclusion, ce médecin considère que la situation est stabilisée et retient les limitations fonctionnelles suivantes : pas de marche prolongée en terrain irrégulier, pas de montée/descente répétée d'escaliers et d'échelles, pas de travail prolongé en position accroupie ou à genoux. Dans une activité respectant ces limitations fonctionnelles, l'assuré pouvait faire valoir une pleine capacité de travail immédiate. c) Le 18 octobre 2016, l'intimée a informé l'assuré qu'elle cessait le versement des indemnités journalières au 30 novembre 2016, tout en maintenant certaines prestations pour les traitements. d) Le même jour, elle a interpellé l'ancien employeur de l'assuré, lequel a indiqué que le salaire de base présumable pour 2016 et 2017 était de 90'000 fr. et le treizième salaire de 7'500 fr., pour un horaire hebdomadaire de 42h50. C. _____ SA a en

autre produit les fiches de salaires de l'assuré de décembre 2011 à novembre 2013, indiquant un salaire de base brut en 2011 de 7'000 fr. puis en 2012 et 2013 de 7'500 fr., versé treize fois l'an. Par ailleurs, le gain assuré auprès de l'assurance-chômage était de 8'125 fr. et ses indemnités journalières au taux de 80 %. Selon une notice du 20 décembre 2017, l'assuré avait repris une activité professionnelle en qualité d'indépendant dans la réparation automobile, où il pouvait faire valoir sa double formation de mécanicien et de carrossier et qui était moins pénible que son précédent emploi où il devait rester debout tout le temps. e) Le 4 janvier 2018, le médecin d'arrondissement a considéré qu'aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité n'était due, dès lors que le genou droit était objectivement parfaitement mobile, stable et exempt d'épanchement. f) L'intimée a ensuite procédé à quelques investigations sur les conditions de travail de l'assuré dans son ancien emploi. Il résulte d'un entretien avec le directeur de l'entreprise C. _____ SA, qui a eu lieu le 21 février 2018, que l'assuré a travaillé comme chef d'exploitation atelier et SAP entre le 1^{er} novembre 2011 et fin janvier 2014. Le directeur a remis une copie du contrat de travail de l'intéressé ainsi que de son cahier des charges en précisant que son activité en position debout ne représentait que tout au plus le 60 % de son temps de travail et qu'en aucun cas, il n'avait des charges à porter, des longs déplacements, des positions accroupies ou à genoux à exécuter ainsi que des montées et descentes répétées d'escaliers ou d'échelles à faire. Pour le reste, soit environ 40 %, il s'agissait de tâches administratives (planifications des rendez-vous et des activités à l'atelier, voire certaines discussions avec les clients) qui pouvaient sans autre se passer assis dans son propre bureau. Le contrat de travail prévoyait un salaire mensuel brut de 7'000 fr., augmenté à 7'500 fr. dès le 1^{er} février 2012, treizième salaire en sus. Il comprend le cahier des charges suivant : « Cahier des charges - Organisation, planification et contrôle du travail quotidien de l'ensemble du personnel de l'atelier (Responsable du bon comportement de chacun envers la clientèle). - Organisation, planification et contrôle du travail du personnel de l'atelier lors du service de permanence le samedi (selon tournus). - Organisation, planification et contrôle des travaux de préparation des véhicules de location, pour leur mise à disposition, selon les termes des contrats de location. - Organisation, planification et contrôle des travaux de réparation et transformation des véhicules des clients. - Organisation, planification et contrôle des commandes de pièces détachées et accessoires. - Amélioration de la rentabilité de l'atelier. - Amélioration de la qualité du service clients. - Responsable de la gestion des heures de chacun. Les heures supplémentaires sont comptabilisées uniquement si un accord écrit a été donné au préalable par la Direction. - Relations avec la clientèle, information, accueil, conseils et planification des rendez-vous : la satisfaction des clients est prioritaire et ces derniers doivent être informés à l'avance des retards éventuels. - Tous travaux administratifs nécessaires à la bonne marche du service (facturation, devis, documents administratifs, etc.). - Vérification des fiches de travail. S'assurer que celles-ci soient complétées, détaillées et correctes. - Participation et développement de la vente des accessoires en rapport avec les véhicules, coopération avec les vendeurs. - Organisation de la collaboration avec les autres secteurs. Contact avec les responsables. - Veiller à la diminution des frais de l'atelier. - Supervision et organisation des postes administratifs & service après-vente. - Supervision et organisation du secteur « livraison véhicules ». - Remplacement du responsable livraisons véhicules en son absence : o Organisation, planification et contrôle des échéances : les véhicules à livrer doivent être prêts un jour à l'avance. o Organisation et planification des rendez-vous avec le Service des automobiles pour les expertises et les immatriculations des véhicules. o Organisation, planification et contrôle des travaux de préparation des véhicules

neufs ou d'occasion, pour les livraisons aux clients, selon les termes des contrats de ventes. - Collaboration avec la Direction concernant toutes décisions et rapport hebdomadaire sur l'état général de l'atelier. » g) Le 14 mars 2018, après avoir consulté l'imagerie du genou droit de l'assuré, le médecin d'arrondissement a indiqué que son appréciation restait inchangée. Le 12 avril 2018, l'intimée a considéré que l'assuré n'avait plus besoin de traitement pour les suites de son accident et a mis fin à ses prestations avec effet au 30 avril 2018. Par décision du 9 septembre 2019, l'intimée a refusé d'allouer une rente à l'assuré au motif qu'il était capable d'exercer son activité habituelle de responsable d'équipe, laquelle était compatible avec ses limitations fonctionnelles. Elle a également constaté que les conditions pour l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité n'étaient pas remplies, faute d'atteinte importante à l'intégrité physique. Le 30 septembre 2019, l'assuré a formé opposition à cette décision, contestant que son activité habituelle fût adaptée, en particulier en raison des nombreux déplacements à effectuer. Dans une décision du 22 novembre 2019, l'intimée a rejeté l'opposition. B. Par lettre datée du 21 décembre 2019, postée le 23 décembre 2019, Q. _____ a contesté cette décision auprès de la CNA, qui l'a transmise à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal comme objet de sa compétence. Le recourant conclut à la réforme de la décision sur opposition en ce sens qu'une rente d'invalidité lui est octroyée. Il fait valoir en substance que, compte tenu de ses limitations fonctionnelles, il n'est pas en mesure de reprendre sa précédente activité et qu'il a diminué son taux de travail à 70 %, ce qui engendre une diminution de sa capacité de gain. Dans ses déterminations du 21 février 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents sous réserve de dérogations expresses (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 (art. 60 al. 1 LPGA) 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'occurrence, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité des suites de l'accident du 30 janvier 2015, ainsi que sur le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. 3. A titre liminaire, on précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification). 4. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. 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 citées). Aux termes 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. 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 l'assuré – 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_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3) – 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). L'invalidité est définie comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain 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, 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 (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

5. En l'espèce, l'existence d'un lien de causalité entre les atteintes au genou droit du recourant et l'accident du 30 janvier 2015 est admise. Il n'y a pas lieu d'y revenir.

6. a) Le recourant conteste en revanche l'appréciation du Dr K. _____ sur le taux d'activité exigible car il estime ne pas être capable de travailler à plus de 70 % dans une activité adaptée.

b) 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5). Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb p. 353 et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

c) En l'espèce, l'intimée a considéré que le recourant était capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Elle s'est appuyée sur le rapport d'examen du médecin d'arrondissement du 28 septembre 2016. A l'issue de son examen clinique et de l'analyse des pièces médicales, le Dr K. _____ a relevé que, subjectivement, le recourant concédait aller mieux et que son périmètre de marche était d'environ 30 minutes. Le recourant prenait encore des anti-inflammatoires par voie orale. Il signalait un genou droit

ayant tendance à devenir chaud et empâté avec des difficultés à fléchir l'articulation. Il avait la sensation que sa jambe droite se varisait à la marche et rapportait une certaine insécurité de son genou droit. Objectivement, le Dr K. _____ a constaté que l'assuré était en excellente santé, athlétique, que la marche s'effectuait sans boiterie, que l'accroupissement était profond et que la station monopodale et le saut unipodal étaient bien effectués. Il a ajouté qu'en décubitus dorsal, le morphotype des membres inférieurs montrait un important varus mais des masses musculaires équivalentes des deux cuisses et des deux mollets. Le genou droit était exempt d'épanchement, était stable et avait une mobilité complète. Le médecin a considéré que la situation médicale était stabilisée et a fixé les limitations fonctionnelles, soit pas de marche prolongée en terrain irrégulier, pas de montée/descente répétée d'escaliers et d'échelles, pas de travail prolongé en position accroupie ou à genoux. Il a conclu que dans une activité respectant ces restrictions, l'assuré pouvait faire valoir une pleine capacité de travail de suite. Le traitement de physiothérapie pouvait être pris en charge par l'assurance-accidents jusqu'au terme de l'année 2016 et le traitement antalgique restait à la charge de cette assurance pour une longue durée. Appelé à se prononcer ultérieurement, après le visionnement d'une imagerie du genou, le Dr K. _____ a indiqué le 14 mars 2018 que son appréciation demeurerait inchangée. Ce médecin a procédé à un examen clinique et a pris en considération l'ensemble des éléments figurant au dossier. Il s'est prononcé en pleine connaissance de l'anamnèse et a pris en compte les plaintes de l'assuré, avant de poser des conclusions claires et motivées. En particulier, la durée de l'entretien avec le médecin conseil n'est pas pertinente puisqu'il appartenait à l'examineur de déterminer le temps qui lui était nécessaire pour recueillir les éléments dont il avait besoin pour se prononcer. Le recourant ne dit pas en quoi l'examen serait incomplet ou lacunaire. Il convient au demeurant de rappeler que le rôle d'un expert consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé de l'assuré dans un délai relativement bref (TF 9C_136/2017 du 21 août 2017 consid. 7.2 et les références), ce qui est le cas également pour un médecin d'arrondissement. Le rapport du Dr K. _____ satisfait donc aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante des rapports médicaux. On ne peut suivre le recourant lorsqu'il semble faire grief à la CNA d'avoir statué sur un dossier insuffisamment instruit uniquement parce que les conclusions de cette dernière ne vont pas dans son sens. L'assuré ne dit d'ailleurs pas en quoi les constatations du médecin d'arrondissement seraient incomplètes et/ou erronées. Il ne critique pas les limitations fonctionnelles retenues et déclare que ses capacités de gain sont réduites pour les raisons constatées par le médecin d'arrondissement ; il ne semble donc pas vraiment remettre en cause les constatations du médecin d'arrondissement mais uniquement ses conclusions fixant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Or l'appréciation du Dr K. _____ n'est pas critiquable et il ne se trouve au dossier aucun élément de nature à la remettre sérieusement en cause. Les rapports du Dr P. _____ confirment l'évolution globalement favorable, l'absence d'épanchement et de signes méniscaux et la mobilité complète du genou. Cet orthopédiste envisageait la reprise du travail au 2 avril 2016, sans mentionner de limitation de taux ou de rendement. Quant au Dr D. _____, il n'a pas prolongé l'incapacité de travail au-delà d'octobre 2016 et ne s'est pas prononcé sur les modalités d'une reprise de travail. 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} décembre 2016 une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. 7. Il convient d'examiner si le recourant subit un préjudice économique lui ouvrant le droit à une rente d'invalidité de l'assureur-accidents. a) 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). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (TF 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1). 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 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). Toutefois, lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le salaire doit être établi sur la base de valeurs statistiques / moyennes. Autrement dit, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide (TF 8C_709/2018 du 18 juin 2019 consid. 3 et les références citées ; TF 8C_124/2018 du 25 mai 2018 consid. 5.2). Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 139 V 592 consid. 2.3). Ainsi, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). 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). En outre, l'assuré 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'invalide est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472

consid. 4.2.3 ; 126 V 75). b) Le recourant conteste que son ancien emploi est encore exigible, cette activité n'étant selon lui pas adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il fait valoir une perte de gain au motif qu'il a dû exercer un emploi compatible avec ses limitations fonctionnelles, qui est moins rémunéré. c) La CNA a considéré, sur la base du cahier des charges du dernier emploi exercé par l'assuré et des déclarations de son ancien employeur, que l'activité habituelle de responsable d'équipe était toujours exigible. Ainsi, dans sa décision sur opposition, l'intimée explique de manière convaincante que cette activité n'impliquait ni charges à porter, ni longs déplacements à faire, ni tâches à exécuter en positions accroupie ou à genoux, ni montées et descentes répétées d'escaliers ou d'échelles. Si le recourant fait valoir qu'il devait se déplacer dans l'atelier, il ne s'agit à l'évidence pas d'un terrain irrégulier. En outre, à la lecture de son cahier des charges, il faut constater qu'une grande partie de son activité consistait en des tâches d'organisation, de planification et de gestion, soit des tâches qui peuvent être effectuées en position assise, comme le confirme par ailleurs son ancien employeur. On ne voit en outre pas comment les contacts avec la clientèle qu'il devait avoir seraient incompatibles avec les limitations fonctionnelles retenues. C'est dès lors à juste titre que la CNA a conclu que l'activité habituelle du recourant était toujours exigible, ce qui exclut tout préjudice économique. d) Au demeurant, on peut se demander si cette pratique est conforme à la jurisprudence du Tribunal fédéral qui dit que le salaire doit être établi sur la base des données statistiques lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité (TF 9C_725/2015 du 5 avril 2016 consid. 4 ; TF 9C_212/2015 du 9 juin 2015 consid. 5.4). En tout état de cause, la comparaison des revenus avec et sans invalidité n'aboutit pas à un taux d'invalidité propre à ouvrir le droit à une rente. aa) En ce qui concerne le revenu sans invalidité, on ignore les motifs de résiliation du contrat de travail. Toutefois rien ne laisse penser que la résiliation est intervenue pour des motifs qui sont en lien avec l'état de santé et la capacité de travail du recourant car l'événement accidentel est survenu après la résiliation des rapports de travail. Dès lors que le recourant a perdu son emploi pour des motifs étrangers à l'invalidité, le revenu qu'il percevait auprès de son dernier employeur n'est pas déterminant (TF 8C_709/2018 du 18 juin 2019 consid. 3 ; TF 9C_394/2013 du 27 septembre 2013 consid. 3.4). Pour déterminer le revenu hypothétique de l'assuré s'il était valide, il y a lieu de se référer à l'ESS. Le curriculum vitae du recourant indique qu'il a été employé comme chef d'atelier pendant cinq ans, puis comme chef d'atelier et chef d'exploitation pendant neuf ans et enfin comme chef d'exploitation auprès de son dernier employeur pendant un peu plus de deux ans. Pendant sa période de chômage, il a développé des projets en lien avec la création de prototypes. Au vu des formations spécialisées de mécanicien et d'économiste en entreprise, notamment, et de la grande expérience de l'assuré, il convient de se référer au tableau ESS TA1_tirage_skill_level, 2016, et de retenir le revenu correspondant à des tâches pratiques complexes nécessitant un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé, compétence de niveau 3, dans le domaine commerce et réparation d'automobiles, soit un montant de 6'718 fr. par mois pour 40 heures de travail par semaine. Après adaptation à la durée normale du travail de 41,7 heures, il en résulte un montant annuel de 84'042 fr. 20. bb) S'agissant du revenu d'invalidité, on ignore quel type exact d'activité le recourant a repris et si elle est de nature à mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail et de gain exigible. Il apparaît plutôt que tel n'est pas le cas puisqu'il déclare qu'il travaille à un taux de 70 %, ce qui est inférieur au taux d'activité exigible. Le revenu tiré de sa nouvelle activité ne peut donc pas entrer en considération. Dès lors que l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative qui met pleinement en

valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, il convient de recourir à l'ESS. Compte tenu des nombreuses activités regroupées dans la catégorie « commerce et réparation d'automobile », il existe à l'évidence un nombre important d'emplois respectant les limitations fonctionnelles du recourant dans ce domaine. Il y a donc lieu de retenir que les limitations fonctionnelles retenues ne l'empêchent pas d'exercer une activité de compétence 3 dans ce secteur. On peut cependant déduire un abattement de 5 % tout au plus pour prendre en compte des perspectives salariales réduites à cause des limitations fonctionnelles, ce qui porte le revenu d'invalidité à 79'840 francs. cc)

La comparaison des revenus sans et avec invalidité mettant en évidence un degré d'invalidité de 5 % inférieur au seuil légal de 10 %, c'est dès lors à juste titre que le droit du recourant à une rente d'invalidité a été dénié. 8. a) Dans un autre moyen, le recourant semble soutenir que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité doit correspondre au taux de la baisse de la capacité de gain. b) 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 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 ; 124 V 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.). c) En l'occurrence, la CNA s'est basée sur l'appréciation du Dr K. _____ du 4 janvier 2018, qui a constaté que le genou droit était objectivement parfaitement mobile, stable et exempt d'épanchement, de sorte qu'il n'y avait pas d'atteinte importante et durable à l'intégrité physique. Ces constatations médicales ont été corroborées par les observations du Dr P. _____. Elles ne sont d'ailleurs pas vraiment remises en cause par le recourant. On relève pour autant que de besoin que le système de calcul du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité diverge de celui permettant d'établir le degré d'invalidité, et que le recourant ne peut dès lors être suivi lorsqu'il soutient que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité devrait être en lien avec sa perte de gain. En conséquence, en l'absence d'une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 LAA, une indemnité ne se justifie pas. 9. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. b) La procédure étant gratuite (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 (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue

le 22 novembre 2019 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais de justice, 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 : ■ M. Q. _____, ■ 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 :

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