

VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 1005 vom 17. Januar 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-01-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2022__1005

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 1005 du 17 janvier 2023

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 1005 del 17 gennaio 2023

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, LÉSION DU GENOU, RENTE D'INVALIDITÉ, LIBRE APPRÉCIATION DES PREUVES, INDEMNITÉ POUR ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ, ÉTAT STABLE, DÉCISION DE RENVOI, COMPARAISON DES REVENUS, CALCUL, ACCIDENT PROFESSIONNEL, DROIT D'ÊTRE ENTENDU | 29 al. 2 Cst., 18 al. 1 LAA, 19 al. 1 LAA, 24 al. 1 LAA, 25 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 43 al. 1 LPGA, 61 let. c LPGA, 36 OLAA

Erwägungen

E. 17

janvier 2023 _____ Composition : Mme Berberat , présidente MM. Reinberg et Riesen, assesseurs Greffier : M. Germond ***** Cause pendante entre : A. _____ , à [...], recourant, représenté par Me Alain Ribordy, avocat à Fribourg, et Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents , à Lucerne, intimée, représentée par Me Antoine Schöni, avocat à Bienne. _____ Art. 29 al. 2 Cst. ; 43 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 6, 18 al. 1, 19 al. 1, 24 et 25 LAA ; 36 OLAA E n f a i t : A. A. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...], travaillait depuis le 20 mai 2016 comme aide-peintre pour le compte de la société J. _____ Sàrl, à [...]. A ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). Le 24 mai 2016, l'assuré a été victime d'un accident professionnel ; il a glissé en descendant une échelle et est tombé sur les genoux ce qui a causé une lésion méniscale horizontale de la corne moyenne et de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche avec présence d'une languette associée à une chondropathie de stade II du condyle fémoral interne et de stade I du tibia interne du genou gauche (protocole opératoire du 8 juin 2016 signé par le Dr O. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur). Le travail a été interrompu depuis le 25 mai 2016. La CNA a pris en charge le cas. L'assuré a bénéficié d'une méniscectomie interne partielle avec ablation de la languette méniscale, régularisation du ménisque par arthroscopie du genou gauche (protocole opératoire du 8 juin 2016) et d'une méniscectomie interne par arthroscopie du genou gauche, injection de 80mg de Depo-Medrol® (protocole opératoire du 28 septembre 2016) effectuées par le Dr O. _____. Dans un courrier médical du 17 mars 2017 à la CNA, le Dr O. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de status post deux arthroscopies du genou gauche pour méniscectomie [partielle] et toilette articulaire interne ainsi qu'un bilan de chondropathie post traumatique du condyle fémoral interne (8 juin et 28 septembre 2016) et de chute dans les escaliers le 24 mai 2016 provoquant des lésions ostéochondrales du condyle fémoral interne ainsi qu'une déchirure méniscale interne du genou gauche. Ce médecin était d'avis que l'assuré était apte

à travailler à 100 % dans un poste adapté à l'état de son genou gauche. Le 17 mai 2017, l'assuré a subi une ostéotomie de valgisation tibiale gauche réalisée par le Dr O. _____.

L'assuré a ensuite été examiné le 1^{er} novembre 2017 par le Dr P. _____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA. Ce médecin a noté une discordance entre le vécu d'une situation catastrophique chez l'assuré au « psychisme un peu particulier » et les constatations objectives d'un examen radio-clinique du genou gauche du 3 octobre 2017 qui se voulaient rassurantes. Le Dr P. _____ a recommandé un séjour de l'assuré auprès de la Clinique romande de réadaptation (CRR) de Sion, en vue d'une évaluation stationnaire et multidisciplinaire. Du 21 novembre au 20 décembre 2017, l'assuré a séjourné au sein du Service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la CRR. Dans un rapport de sortie du 27 décembre 2017, les Drs S. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et E. _____, médecin-assistante, ont mis en évidence une série de limitations fonctionnelles provisoires (positions contraignantes pour le genou gauche notamment : accroupissement, position agenouillé, montée et descente de manière répétitive les escaliers et les échelles, marche prolongée, port de charge excédant un port de charge moyen entre 15-25 kg, de manière répétitive). Ils ont estimé que la situation n'était pas encore stabilisée du point de vue médical. Toutefois, moyennant la poursuite de la physiothérapie afin de maintenir les acquis voire de faire progresser la condition physique, une amélioration dans le sens d'une stabilisation de l'état de santé était attendue dans un délai de deux à quatre mois. Sous la réserve d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) une fois l'ostéotomie consolidée, aucune nouvelle intervention n'était préconisée. Ils ont précisé que le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles était favorable et que l'on pouvait s'attendre à une capacité de travail entière dans une telle activité. A leur avis, des facteurs non médicaux étaient susceptibles de ralentir le processus de réinsertion professionnelle. Le 21 février 2018, une ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) a été pratiquée (protocole opératoire du 22 février 2018 du Dr O. _____). Le 18 mai 2018, l'assuré a bénéficié d'une troisième arthroscopie et ménisectomie partielle de la corne postérieure du ménisque interne réalisée par le Dr O. _____. A cette occasion, une chondropathie de stade III du compartiment interne du genou gauche a été constatée. Dans le cadre de l'instruction du cas, la CNA a confié la réalisation d'une expertise médicale de l'assuré aux Drs C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et K. _____, médecin. Dans leur rapport du 27 août 2020, ces experts ont répondu comme suit aux questions de la CNA : “ Question 1 Peut-on au degré de la vraisemblance prépondérante, attendre, de la poursuite du traitement une amélioration notable de l'état de santé en rapport avec l'accident ? Si oui, par quelle mesure de traitement ? Actuellement, Monsieur A. _____ bénéficie de séances bi-hebdomadaire de physiothérapie, à but antalgique et d'assouplissement de la chaîne latérale. Les douleurs étant imputables à l'importante chondropathie en miroir sur le versant interne (correspondant à une arthrose fémoro-tibiale médiale), la physiothérapie ne permettra probablement pas une amélioration des symptômes du compartiment interne et ne restaurera pas la capacité de travail antérieure à l'accident. Il bénéficie également d'un traitement médicamenteux, qui pourrait être complété par un dérivé d'opiacé de façon ponctuelle, lors d'épisodes d'exacerbation de douleurs. Question 2 Au regard de séquelles accidentelles, quelles activités et fonctions/positions peuvent encore être exigées de la personne assurée ? Au vu des douleurs constatées, augmentées à la charge, avec un périmètre de marche à 30 minutes et nécessitant un moyen auxiliaire pour les moyens et longs trajets, toutes activités en station debout prolongée ou nécessitant des déplacements

ne peuvent être exigées, ainsi que celles requérant des positions avec contraintes importantes sur les genoux (accroupissement, genoux au sol, montées d'escaliers ou d'échelles). Une activité en position assise est à privilégier. Question 3 La personne assurée peut-elle exercer, à plein temps, une fonction adaptée aux séquelles accidentelles et/ou des limitations horaires telles que pause, prolongation de l'arrêt de midi, travail à la demi-journée, etc. sont-elles nécessaires (estimation chiffrée) ? En cas d'activité de travail physique ou semblable à son ancienne activité d'aide-peintre, la capacité de travail est nulle en raison des contraintes physiques, même en cas d'adaptation d'horaires. Dans une profession adaptée (position assise, travail de bureau), une adaptation de temps de travail ne serait pas nécessaire et il pourrait effectuer une activité à temps plein (100%). Question 4 Les atteintes en relation de causalité vraisemblable avec l'accident précité, constituent-elles une atteinte à l'intégrité physique durable ? Oui. Si oui, de quel degré ? Prière de motiver votre appréciation en référence à l'annexe 3 (art. 36 al. 2) OLAA et aux « Tables concernant les atteintes à l'intégrité selon la LAA » de la Suva. En nous référant au tableau 5 : atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses, disponible sur la documentation en ligne de la SUVA, nous relevons un taux d'atteinte à l'intégrité de 5-15% pour une arthrose fémoro-tibiale médiale. En effet, Monsieur A. _____ ne présente pas une perte totale de l'usage de son membre inférieur gauche, mais l'accident et les conséquences qui en découlent ont évolué en une arthrose fémoro-tibiale médiale post-traumatique. Question 5 Des traitements sont-ils nécessaires à la conservation ou à l'amélioration de la capacité résiduelle de travail ? Non. Des traitements sont-ils nécessaires au maintien d'état de santé actuel ? Oui. Cas échéant, quel traitement préconisez-vous ? Une approche non-chirurgicale consisterait en une poursuite de la physiothérapie d'entretien en cas d'apparition d'épanchement, de diminution de la mobilité ou d'apparition de douleurs autres que celle du compartiment interne. Des injections intra-articulaires d'acide hyaluronique et/ou de PRP (Plasma Riche en Plaquettes) sont des options thérapeutiques également. Du point de vue chirurgical, deux approches pourraient être envisagées, sans pour autant atteindre le même état qu'avant l'accident, mais permettant de maintenir l'état de santé actuel ou de diminuer les douleurs de genou à la charge, avec une probable amélioration des sous-catégories du score de KOOS, hormis les activités sportives et de loisirs. La greffe méniscale : l'allogreffe méniscale, à partir de donneurs cadavériques, est une technique chirurgicale développée depuis presque 20 ans mais encore peu pratiquée, car hautement technique et à coût élevé. Selon le groupe d'experts IMREF (International Meniscus Reconstruction Experts Forum) qui s'est réuni en 2015, les indications suivantes pour une allogreffe méniscale ont été retenues : - Douleurs unicompartimentale en présence d'une méniscectomie totale ou subtotale « fonctionnelle » : il s'agit du cas de Monsieur A. _____. - Procédure concomitante à une révision de reconstruction de LCA afin d'augmenter la stabilité articulaire, lorsque un défaut de stabilisation par le ménisque atteint a contribué à l'échec. - Procédure concomitante à une réparation de cartilage articulaire dans un compartiment sans ménisque fonctionnel. Les résultats attendus sont les suivants : amélioration des douleurs, restauration de la biomécanique articulaire, amélioration de la fonction du genou, prévention de l'arthrose. A noter toutefois qu'il s'agit d'une procédure nécessitant une réhabilitation bien suivie sur plusieurs mois et que la présence d'une arthrose radiologique stade 3 ou plus selon Kellgren & Lawrence est une contre-indication relative, avec une durée de survie diminuée de la greffe et un risque de reprise chirurgicale (20% à 4.6 ans en moyenne). Dans ce contexte, cette option pourrait être envisagée comme procédure de sauvetage avant une solution prothétique. L'arthroplastie unicompartimentale du genou :

elle est indiquée dans les arthroses unicompartmentales médiales. Elle est moins invasive et présente une moindre morbidité péri-opératoire comparée à une prothèse totale du genou, avec de bons résultats fonctionnels et une diminution des douleurs. Toutefois, le taux de révision est plus élevé chez les sujets de moins de 60 ans, et la survie avant révision varie entre 84.1% à 10 ans et 69.6% à 15 ans selon les registres. Chez un sujet jeune avec une arthrose secondaire, cette option devrait être gardée en dernière intention, dans des stades avancés. ” Le 27 octobre 2021, les Drs C. _____ et K. _____ ont établi un complément d’expertise à la demande de la CNA du 7 juin 2021. Ces experts ont précisé qu’ils n’avaient pas besoin de prendre connaissance d’un rapport de consultation du 31 mai 2016 pour répondre aux questions d’expertise qui ne concernaient pas les indications chirurgicales. Ensuite, ils ont estimé avec précision le taux de l’atteinte à l’intégrité de l’assuré à 7,5 % en présence d’une arthrose fémoro-tibiale médiale de degré moyen d’une atteinte de grade III selon Kellgren & Lawrence touchant uniquement le compartiment fémoro-tibial médial du genou gauche. Par courrier du 24 décembre 2021, la CNA a informé Me Alain Ribordy, conseil de l’assuré, qu’elle mettrait fin à la prise en charge du traitement médical et aux indemnités journalières au 31 janvier 2022. Elle statuerait ultérieurement sur le droit à d’éventuelles autres prestations de l’assurance-accidents. Après avoir procédé aux mesures d’instruction idoines (pièces 357 à 359), la CNA a, par décision du 3 mars 2022, refusé à l’assuré le droit à une rente d’invalidité de l’assurance-accidents en l’absence de diminution notable de la capacité de gain due à l’accident du 24 mai 2016. Les limitations fonctionnelles retenues consistaient en une activité sans port de charges lourdes, sans importants déplacements ou utilisation d’escaliers/échelles ni de positions debout prolongée, agenouillée ou accroupie et pouvant s’effectuer principalement en position assise. Conformément à l’art. 16 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), il résultait de la comparaison entre le revenu sans invalidité (67'759 fr.) que l’assuré aurait pu réaliser en bonne santé dans sa dernière activité et le revenu d’invalidité (65'608 fr.), calculé sur la base des chiffres du niveau de compétence 1 de l’Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour un homme et en tenant compte d’un abattement de 5 % pour les limitations fonctionnelles, une perte de gain de 3,17 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à la rente. La CNA a, en revanche, alloué à l’assuré une indemnité pour atteinte à l’intégrité (IPAI) d’un montant de 11'115 fr. (taux de 7,5 % sur la base d’un gain assuré de 148'200 fr. en 2016). Cette prestation a été versée le jour même à son bénéficiaire. A l’appui de son opposition formée les 18 mars et 19 mai 2022 contre cette décision, l’assuré, agissant par son conseil, a contesté la valeur probante du rapport d’expertise du 27 août 2020 et son complément du 27 octobre 2021. Ce faisant, il a soutenu que l’état médical n’était pas stabilisé, que la capacité résiduelle de gain était nulle et qu’un taux d’abattement nettement insuffisant était retenu sur le revenu d’invalidité sans mise en œuvre préalable des mesures de réadaptation par l’Office de l’assurance-invalidité pour le canton de Vaud. Il faisait également valoir que le taux d’atteinte à l’intégrité de 7,5 % ne tenait pas compte de l’aggravation prévisible. Il demandait à la CNA de lui verser des indemnités journalières depuis le 1^{er} février 2022 jusqu’à la stabilisation de l’état de santé qu’il convenait de déterminer par des mesures d’instruction supplémentaires, et subsidiairement, le droit à une rente d’invalidité au taux de 100 % depuis le 1^{er} février 2022, ainsi qu’une indemnité pour atteinte à l’intégrité de 30 %, justifiant un versement supplémentaire de 33'345 fr. en sa faveur. Il a notamment joint en annexe, un rapport d’IRM du genou gauche du 6 mai 2022 du DrL. _____, spécialiste en radiologie, qui mentionne notamment ce qui suit : “ Conclusion : 1. Petit épanchement

intra-articulaire avec infiltration de la graisse supra-patellaire et petit plica supra-patellaire.

2. Chondropathie fémoro-patellaire prédominant en interne montrant principalement des lésions de grade II au niveau de la facette interne. Il y a par contre des légers remaniements dégénératifs avec des signes de chondropathie fémoro-tibiale prédominant en interne montrant des lésions de grade III voire même IV au niveau du plateau tibial et surtout du condyle fémoral interne à hauteur de la zone de charge montrant une légère extension antérieure avec altération marquée de la quasi-totalité de l'épaisseur du cartilage à ce niveau. Il y a des signes d'œdème osseux en regard.

3. Epaissement inflammatoire de la région antéro-supérieure mais surtout inférieure du ligament collatéral interne et principalement antéro-supérieure et principalement inférieure du ligament collatéral externe qui reste par ailleurs continu. Probables séquelles de petite déchirure partielle des fibres postéro-supérieures du ligament croisé antérieur qui reste continu.

4. Remaniements avec stigmates de probable méniscectomie partielle de la corne postérieure du ménisque interne avec petit lambeau méniscal bordant le probable site de méniscectomie faisant suspecter un probable lambeau libre millimétrique du bord supérieur se prolongeant jusqu'à hauteur de la jonction avec le site du corps méniscal. Il y a également une suspicion d'une petite déchirure millimétrique en coronal visualisée au niveau du bord supérieur du fragment restant de la corne postérieure du ménisque interne versus une petite suture chirurgicale.

5. Remaniements d'allure inflammatoire à hauteur de l'insertion des tendons de la patte d'oie.

” Par décision sur opposition du 5 juillet 2022, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre sa décision du 3 mars 2022.

B. Par acte du 14 juillet 2022, A. _____, représenté par Me Alain Ribordy, a déféré la décision sur opposition précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il critique la valeur probante de l'expertise et le fait que l'intimée n'a pas tenu compte d'un rapport d'IRM du 6 mai 2022 qui démontrerait une nette aggravation de la chondropathie depuis le mois d'août 2020 et l'apparition de nouvelles lésions ligamentaires. Il se plaint d'une violation de l'art. 19 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20) en contestant la stabilisation de son état de santé avec le passage à la rente dès le 1^{er} février 2022 et du droit d'être entendu en lien avec les questions complémentaires soumises aux experts par la CNA. Il estime dès lors que l'atteinte au genou gauche n'est pas encore stabilisée. Ce faisant, il conclut à la reprise du versement des indemnités journalières depuis le 1^{er} février 2022 jusqu'à la stabilisation de l'état médical, subsidiairement à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100 % et au versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 %.

Dans sa réponse du 16 septembre 2022, sous la plume de l'avocat Antoine Schöni, la CNA conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition querellée. Elle observe d'abord que l'état de santé du recourant est stabilisé sur la base du rapport d'expertise dont la valeur probante n'est pas valablement remise en cause par d'autres éléments médicaux objectifs figurant au dossier. L'intimée souligne en outre que les freins à la reprise d'une activité adaptée liés à l'absence de formation et d'expérience spécifique n'ont pas à être pris en considération dans le calcul du revenu d'invalidité, étant d'avis que l'abattement de 5 % retenu tient suffisamment compte des limitations fonctionnelles et leurs effets sur les perspectives salariales du recourant ; le taux d'invalidité de 3 % doit dès lors être confirmé. Enfin, le taux de l'atteinte à l'intégrité de 7,5 % pour une atteinte touchant uniquement le compartiment fémoro-tibial du genou gauche tel que fixé par les experts n'est pas critiquable en l'absence d'élément médical objectif remettant en cause cette estimation médicale. Le 10 octobre 2020, en réplique, maintenant ses précédentes conclusions, le recourant a insisté sur sa requête tendant à obtenir un rapport du service de

chirurgie orthopédique de l'[...] consécutif à une consultation du 15 juillet 2022, et subsidiairement la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Au terme de sa duplique reçue le 3 novembre 2022, l'intimée renonce à se déterminer plus avant en renvoyant à son mémoire de réponse du 16 septembre 2022 dont les conclusions sont intégralement confirmées. Il sera pour le surplus fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt. 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). 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. Dans un grief qu'il convient d'examiner en premier lieu, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu en lien avec la participation à l'administration des preuves, au motif que le questionnaire soumis aux experts (sans consultation préalable du recourant) reprenait de manière très partielle les questions posées dans la détermination du 23 octobre 2020 (pièce 321). a) La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en particulier, le droit de chaque personne de s'exprimer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 146 IV 218 consid. 3.1.1 ; 142 II 218 consid. 2.3 et références citées). Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. comprend notamment le droit pour toute partie de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). b) Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 144 I 11 consid. 5.3 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et les références citées). c) En matière d'assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel il appartient à l'assureur d'établir d'office l'ensemble des faits déterminants et d'administrer, le cas échéant, les preuves nécessaires. L'assureur n'est lié ni par les faits allégués, ni par les faits admis, ni par les moyens de preuve invoqués par la personne assurée ; il ordonne d'office l'administration de tous les moyens de preuve

propres et nécessaires à établir les faits pertinents. Sont considérés comme nécessaires tous les moyens de preuve qui permettent d'établir les faits pertinents pour l'application du droit. Si l'assureur dispose à cet égard d'un large pouvoir d'appréciation dans le choix des mesures d'instruction qu'il souhaite mettre en œuvre, il n'est pas habilité à ordonner n'importe quel moyen de preuve. Il doit veiller à agir de manière objective et impartiale, en gardant à l'esprit l'intérêt général à une gestion économique et rationnelle de l'assurance (Jacques Olivier Piguet , in : Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n os 9 à 11 ad art 43 LPGA et les références). d)

Contrairement à ce que soutient le recourant, le questionnaire du 7 juin 2021 soumis aux experts par la CNA est le fruit du pouvoir d'appréciation de l'assureur qui n'est pas lié par tous les moyens invoqués par l'assuré, mais uniquement ceux qu'il estime nécessaires pour établir l'état de fait pertinent. On observe du reste qu'en demandant, par exemple, aux experts de chiffrer exactement le taux à reconnaître dans le cas présent avec la précision « qu'il convient de tenir compte des aggravations futures prévisibles, en vertu de la loi, en particulier de l'art. 36 al. 4 OLAA » (cf. pièce 333), la CNA a pris en compte la demande du recourant s'agissant de l'évaluation de l'aggravation prévisible de l'atteinte à l'intégrité à l'avenir. Dans ces conditions, l'intimée ne peut se voir reprocher d'avoir omis de donner suite à des offres de preuves pertinentes. Cela étant, il n'y a pas lieu de prononcer l'annulation de la décision sur opposition litigieuse pour violation du droit d'être entendu.

3. a) Sur le fond, le litige porte sur la stabilisation du cas, le refus d'octroi d'une rente d'invalidité et le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI). b) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée 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 [RO 2016 4388]). 4. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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). b) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). c) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une

appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). d) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bienfondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). e) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1). 5. En l'espèce, le litige porte en premier lieu sur la stabilisation de l'état de santé du recourant, lequel conteste le fait que l'intimée était en droit de passer au régime de la rente à compter du 1^{er} février 2022. a) Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de la personne assurée – ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2) – et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). Le droit à la prise en charge des traitements médicaux et des indemnités journalières cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art.

al. 1 LAA (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et 133 V 57 consid. 6.6.2). Le texte de la disposition légale ne décrit pas ce qu'il faut entendre par « sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré ». Pour qu'une amélioration sensible soit possible, il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail pour ce qui est des conséquences de l'affection assurée. Il faut que le traitement ne puisse plus entraîner d'amélioration ni éviter de péjoration de l'état de santé, de sorte que celui-ci doive être considéré comme stable (ATF 134 V 109 consid. 4.1). Il ne suffit pas que le traitement médical laisse présager une amélioration sensible de peu d'importance (ATF 134 V 109 consid. 4.3). L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures - comme une cure thermale - ne donnent droit à sa mise en œuvre (TF 8C_142/2017 du 7 septembre 2017 consid. 4 et la référence). Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée (TF 8C_736/2017 du 20 août 2018 consid. 4.1 et la référence). Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (TF 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 2.3 ; TF 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2). b) Il ressort en l'occurrence du dossier que, dans un courrier médical du 17 mars 2017, le Dr O. _____ est d'avis que l'assuré présente une capacité de travail totale dans une activité adaptée à l'état de son genou gauche. L'assuré a toutefois subi une ostéotomie de valgisation tibiale gauche le 17 mai 2017. Depuis cette intervention, les médecins de la CRR estiment que le cas sera stabilisé dans deux à quatre mois afin de permettre la poursuite de la physiothérapie en vue de maintenir les acquis, voire d'améliorer la condition physique. Aucune nouvelle intervention n'est préconisée, sous réserve d'une éventuelle ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) laquelle serait bénéfique. De l'avis des médecins de la CRR, la capacité de travail sera complète dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit éviter les positions contraignantes pour le genou gauche notamment : accroupissement, position agenouillé, montée et descente de manière répétitive les escaliers et les échelles, marche prolongée, port de charge excédant un port de charge moyen entre 15-25 kg, de manière répétitive (rapport de sortie du 27 décembre 2017 des Drs S. _____ et E. _____). Au vu de l'évolution de l'ostéotomie, une ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) est réalisée le 21 février 2018. Elle est suivie d'une nouvelle arthroscopie le 18 mai 2018 et ménissectomie partielle de la corne postérieure du ménisque interne. Dans leur rapport du 27 août 2020, les experts C. _____ et K. _____ ont estimé que le cas était stabilisé dès lors qu'ils ont retenu qu'il n'y avait aucun traitement nécessaire à la conservation ou à l'amélioration de la capacité résiduelle de travail. Ils ont toutefois préconisé une physiothérapie d'entretien en cas d'apparition d'épanchement, de diminution de la mobilité ou de douleurs autres que celle du compartiment interne, ainsi que, comme options thérapeutiques, des injections intra-articulaires d'acide hyaluronique et/ou de Plasma Riche en Plaquettes (cf. expertise, Rép. 5). Il n'y a pas lieu de s'écarter en l'espèce des constatations et conclusions de ce rapport d'expertise dont les auteurs ont dûment motivé leurs propres constatations médicales pour évaluer la situation. L'expertise ne souffre pas de contradictions ni de défauts manifestes et a ainsi, au vu de son contenu, pleine valeur probante au sens de la jurisprudence (cf. consid. 3c supra). Les limitations fonctionnelles retenues par les experts (pour rappel, pas d'activités en station debout prolongée ou nécessitant des déplacements ainsi que requérant des positions avec contraintes importantes sur les genoux [accroupissement, genoux au sol, montées

d'escaliers ou d'échelles] et une activité en position assise devant être privilégiée [cf. expertise, Rép. 2]) se recoupe avec celles déjà fixées lors de l'évaluation stationnaire et multidisciplinaire en fin d'année 2017 à la CRR. Par ailleurs, il n'y a pas d'autres restrictions fonctionnelles attestées par les divers médecins consultés par l'assuré. Dans ce contexte, le fait que l'expertise ne confirme pas « des exagérations ou même simulations de plaintes » ressortant d'autres pièces médicales au dossier n'altère en rien sa valeur probante. Les experts avaient en effet pour mandat de répondre à un questionnaire de la CNA (pièce 277) sur la base de leur examen clinique et la lecture du dossier médical mis à leur disposition. Ensuite, le fait que les experts n'aient pas consulté le rapport du Service d'orthopédie de l'Hôpital [...] ([...]) établi à la suite de la consultation du 31 mai 2016 où « une indication chirurgicale aurait été retenue » n'est pas un élément décisif. Les experts ont estimé qu'il n'était pas nécessaire de prendre connaissance du rapport de consultation du 31 mai 2016 pour répondre aux questions d'expertise qui ne concernaient pas les indications chirurgicales (cf. complément d'expertise du 27 octobre 2021). Le fait que les experts ont décrit, dans la rubrique « résumé clinique » de leur rapport, des péjorations éventuelles après les diverses interventions chirurgicales réalisées n'interfère pas sur la stabilisation retenue au jour de l'expertise, la dernière intervention remontant au 18 mai 2018. Selon les experts, la poursuite de séances bi-hebdomadaire de physiothérapie s'effectuait à but antalgique et d'assouplissement de la chaîne latérale, mais sans amélioration des symptômes du compartiment interne, ni restauration de la capacité de travail antérieure à l'accident (expertise, Rép. 1). Dans ce contexte, il y a lieu de préciser que l'éventuelle inexactitude du résumé de l'IRM effectuée après l'intervention du 8 juin 2016 n'a pas d'incidence sur les constatations et conclusions des experts. Le risque de reprise chirurgicale (20 % à 4,6 ans en moyenne) pour une allogreffe méniscale, à partir de donneurs cadavériques, est envisagée comme une procédure de sauvetage avant une solution prothétique, et l'arthroplastie unicompartimentale du genou, avec un taux de révision élevé chez les sujets de moins de 60 ans, devrait être gardée en dernière intention, dans des stades avancés. Dans les deux cas, il s'agit là uniquement de traitements chirurgicaux possibles. Les experts ont toutefois clairement indiqué qu'aucun traitement n'était nécessaire à la conservation ou à l'amélioration de la capacité résiduelle de travail. Il n'y a donc aucun motif de les interpeller sur une aggravation prévisible à dix, vingt ou trente ans, comme le voudrait le recourant. Sous l'angle de la stabilisation de l'atteinte au genou gauche, il est par ailleurs sans pertinence de reprocher aux experts de ne pas avoir équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité retenue vers une arthrose grave, soit une atteinte de 15 à 30 %, en indiquant le pourcentage correspondant au dernier stade de l'évolution. Il s'agit là d'une autre question à traiter, à savoir celle de l'estimation du taux de l'atteinte à l'intégrité retenu selon l'aggravation prévisible (cf. consid. 7 infra). S'agissant du rapport de consultation à l' [...] du 13 juin 2019 (pièce 250), on retiendra que l'assuré a consulté dans le cadre d'un contrôle, la suite du traitement étant repris par la médecin traitante. Aucun document médical ne remet en cause la stabilisation de l'atteinte au genou telle que retenue par les experts. Enfin, la décision sur opposition litigieuse du 5 juillet 2022 est antérieure au rendez-vous prévu le 15 juillet 2022 à l' [...] de sorte que l'intimée n'avait pas à requérir un rapport de consultation. Il appartenait au recourant, s'il entendait s'en prévaloir de le produire au dossier, ce d'autant qu'il est représenté par un mandataire professionnel. c) Il convient donc de se rallier aux constatations et conclusions des experts et de retenir, avec la CNA, que le cas est stabilisé de sorte qu'il y a lieu de passer à l'examen du droit à la rente au 1^{er} février 2022. 6. La

stabilisation du cas ouvre le droit du recourant à l'octroi d'une rente d'invalidité, pour autant que son degré d'invalidité dépasse 10 %. Il s'agit dès lors de procéder au calcul du préjudice économique et du degré d'invalidité présenté par l'intéressé. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à une éventuelle rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 ; 129 V 222 consid. 4.1 ; 128 V 174). b) aa) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que la personne assurée aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant si elle n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 134 V 322 consid. 4.1; TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 6.2). bb) En l'occurrence, constatant que le recourant venait de débiter dans l'entreprise J. _____ Sàrl lors de son accident (il en était à son troisième jour de travail, les 21 et

E. 22

mai 2016 étant un samedi et un dimanche) et qu'il ne pourrait de toute manière plus y œuvrer dès lors que celle-ci avait été déclarée en faillite, l'intimée s'est fondée, pour fixer le revenu sans invalidité, sur les données ressortant de la Convention collective de travail romande du second œuvre (5'207 fr. x 13) et a tenu compte de l'estimation trimestrielle 2022 (+ 0,1 %) pour aboutir à un montant de 67'759 francs (cf. pièce 357 - 359). Cette méthode échappe à la critique, étant observé que le recourant ne conteste, à juste titre, pas le calcul du salaire sans invalidité effectué par l'intimée. c) aa) Selon la jurisprudence, le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Si l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et encore que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide. 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 publiée par l'Office fédéral de la statistique ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). bb) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalide est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75). Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la

violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25 %, serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2). cc) En l'occurrence, l'intimée s'est fondée pour fixer le revenu d'invalidé sur le revenu auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, tel qu'il ressort de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2018 (ESS), éditée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), soit un montant mensuel de 5'417 francs. Cette valeur statistique s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, ce revenu doit dès lors être adapté à la durée hebdomadaire usuelle dans les entreprises en 2018, soit 41,7 heures. Après adaptation à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux pour les hommes de l'année 2019 (+ 0,9 %), 2020 (+ 0,8 %), 2021 (+ 0,1 % [estimation trimestrielle]) et 2022 (+ 0,1 % [estimation trimestrielle]), le revenu annuel brut s'élève à 69'061 fr. 50. En ce qui concerne la question de l'abattement sur le salaire statistique, et malgré les critiques formulées par le recourant, il n'y a pas lieu de s'écarter du taux de 5 % retenu par l'intimée. Celui-ci tient compte de manière appropriée des effets que l'atteinte à la santé peut jouer concrètement sur les perspectives salariales de l'intéressé dans le cadre de l'exercice d'une activité simple, légère et ne nécessitant pas de formation particulière. Il n'y a pas lieu de tenir compte d'autres facteurs en l'espèce qui pourraient lui porter préjudice sur le plan salarial. Le recourant, âgé de 39 ans lors de la décision sur opposition litigieuse, a toujours travaillé comme peintre en bâtiment depuis son arrivée en Suisse en [...] (cf. rapport d'entretien du 24 novembre 2016 entre l'assuré et un inspecteur du Service extérieur Care de la CNA [pièce 34]). Il s'ensuit que le montant du revenu d'invalidé doit être fixé à 65'608 francs. d) La comparaison d'un revenu sans invalidité de 67'759 fr. avec un revenu d'invalidé de 65'608 fr. aboutit à un degré d'invalidité de 3,1 % ($\frac{67'759 \text{ fr.} - 65'608 \text{ fr.}}{67'759 \text{ fr.}} \times 100$), arrondi à 3 % (ATF 130 V 121). Ce taux est identique à celui retenu par l'intimée et largement inférieur au seuil de 10 % pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents (cf. art. 18 al. 1 LAA). e) Dans ce contexte, faute d'octroi d'une rente d'invalidité LAA, l'intimée n'avait pas à solliciter des informations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud au sens de l'art. 19 al. 1 LAA, quant à savoir si les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité avaient été menées à terme. 7. Le recourant reproche également à l'intimée une estimation incorrecte de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à laquelle il a droit. En application de la Table 5.2

(taux d'atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses) d'indemnités de la Division médicale de la CNA, il prétend à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 %. a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Conformément à 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. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre à une rente, lorsque le traitement médical est terminé (art. 24 al. 2 LAA). Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez toutes les personnes présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour la personne concernée (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité incombe avant tout aux médecins, qui doivent d'une part constater objectivement les limitations, et d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C_566/2017 précité consid. 5.1 et la référence). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b, 113 V 218 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1, première phrase, de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1, deuxième phrase, de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 3.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle. b) aa) En l'espèce, les experts ont estimé, sur la base de la Table 5.2, que le taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) est de 7,5 % en raison d'une arthrose fémoro-tibiale médiale de degré moyen d'une atteinte de grade III selon Kellgren & Lawrence laquelle concerne uniquement le compartiment fémoro-tibial médial du genou gauche. bb) Aux termes de l'art. 36 al. 4 OLAA, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité ; une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible. Cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable. Selon le recourant, il

s'agirait de calculer l'indemnité pour atteinte à l'intégrité sur la base d'une arthrose grave au sens de la Table 5.2, soit une atteinte de 15 à 30 %, en précisant le pourcentage correspondant au dernier stade de l'évolution (aggravation prévisible à 30 ans). Il semble, selon l'IRM du genou gauche du 6 mai 2022, qu'il y aurait des lésions de grade III voire même IV au niveau du plateau tibial et surtout du condyle fémoral interne à hauteur de la zone de charge montrant une légère extension antérieure avec altération marquée de la quasi-totalité de l'épaisseur du cartilage à ce niveau. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée pour une arthrose qualifiée de moyenne en raison d'une atteinte de grade III alors que le stade IV aurait été atteint ou devrait l'être. L'importance de cette aggravation vraisemblable est en outre quantifiable sur la base de la Table 5.2 qui, en cas d'arthrose fémoro-tibiale grave, prévoit un taux d'atteinte de 15 – 30 %. Dans la mesure où le taux d'une atteinte à l'intégrité dont l'aggravation est prévisible au sens de l'art. 36 al. 4 OLAA doit être fixé uniquement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1 ; ATF 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_664/2021 du 8 mars 2022 consid. 2.3 ; TF 8C_705/2010 du 15 février 2012 consid. 4.3 ; TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3 et les références), il convient de relever l'absence au dossier d'une évaluation médicale objective tenant compte de l'état actuel du genou gauche du recourant de sorte que la Cour de céans n'est pas en mesure de statuer sur le droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité en toute connaissance de cause. c) Par conséquent, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimée, à qui il appartient au premier chef d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPG), afin qu'elle prenne les mesures d'instruction nécessaires et qu'elle recueille les renseignements médicaux dont elle a besoin et statue à nouveau sur le taux de l'indemnité. d) Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de donner suite aux réquisitions de mise en œuvre d'une expertise judiciaire formulées par le recourant. 8. a) En définitive, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision sur le taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité. La décision sur opposition attaquée est confirmée pour le surplus. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPG). c) Vu le sort de ses conclusions, le recourant a droit à une indemnité de dépens réduite à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPG) qu'il convient d'arrêter à 1'500 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'intimée (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

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