

VD_FINDINFO Arrêt / 2023 / 109 vom 22. Februar 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-02-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2023__109

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2023 / 109 du 22 février 2023

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2023 / 109 del 22 febbraio 2023

Regeste

10 al. 1 LAA, 16 LAA, 18 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 16 LPGA, 26 al. 2 LPGA, 4 LPGA, 6 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 22.02.2023 Arrêt / 2023 / 109

10 al. 1 LAA, 16 LAA, 18 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 16 LPGA, 26 al. 2 LPGA, 4 LPGA, 6 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AA 59/20 - 23/2023 ZA20.021013 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 22 février

2023 _____ Composition : Mme Brélaz Braillard , présidente M.

Métral et Mme Berberat, juges Greffière : Mme Jeanneret ***** Cause pendante

entre : T. _____ , à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à

Lausanne, et Q. _____ SA , à [...], intimé. _____ Art. 4, 6, 16, 26 al. 2

LPGA ; 6 al. 1, 10 al. 1, 16, 18 al. 1 LAA E n f a i t : A. T. _____ (ci-après : l'assuré ou

le recourant), né en [...], employé en qualité d'agent de sécurité par N. _____ SA entre le

1 er février 2014 et le 31 août 2016, date de son licenciement, était assuré pour les accidents

professionnels auprès de la Q. _____ SA (ci ■ apr è s : la Q. _____ SA ou l ' intim é

e). Le 2 janvier 2016, alors qu'il effectuait une ronde sur son lieu de travail, l'assuré a été

victime d'une chute, se blessant au genou droit après avoir trébuché sur une bouche

d'égout. Cet accident, dont les conséquences ont été prises en charge par la Q. _____

SA, a occasionné des déchirures de la corne postérieure et de la corne antérieure du

ménisque interne du genou droit (cf. rapport du 25 janvier 2016 du Dr C. _____,

spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur). La

Q. _____ SA a alloué des prestations et versé des indemnités journalières jusqu'en

janvier 2017. L'assuré avait précédemment déjà subi un accident le 21 août 2015, ayant

entraîné une entorse de ce même genou, suivi d'une deuxième chute le 20 novembre 2015.

Une IRM (imagerie par résonance médicale) du 8 décembre 2015 avait mis en évidence une

méniscopathie complexe du ménisque médial et fait ressortir deux « artéfacts » métalliques

résultant des suites d'un accident de moto en 1998. Parallèlement aux démarches effectuées

auprès de l'assureur accident, l'assuré a déposé une demande de prestations de

l'assurance-invalidité auprès de l'office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après : l'OAI)

le 22 juin 2016, à l'issue d'une procédure de détection précoce. Dans le cadre de

l'instruction du cas, l'OAI a obtenu un rapport d'employeur établi le 20 juillet 2016, dans

lequel N. _____ SA confirmait avoir licencié l'assuré pour fin août 2016 et indiquait que

son salaire à plein temps s'élevait à 5'292 fr. dès janvier 2016. L'OAI a également recueilli

différentes pièces médicales, en particulier un rapport établi le 6 septembre 2016, dans

lequel le Dr C. _____ a fait état du diagnostic de douleurs post-traumatiques du genou

droit avec déchirure de la corne postérieure du ménisque interne. Ce médecin signalait avoir prescrit un traitement conservateur avant de procéder à une arthroscopie et une résection méniscale le 18 février 2016. Il relevait que le traitement antalgique se poursuivait sous suite d'incapacité totale de travail. Le pronostic était à son avis plutôt bon, avec la perspective de séances de physiothérapie et la reprise de l'activité lucrative à court terme. Son patient n'était toutefois pas en mesure de courir, de marcher en terrain irrégulier, de monter et descendre les escaliers ou les échafaudages en raison de la douleur. Après avoir obtenu un rapport du 24 février 2017 du Dr V. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, consulté par l'assuré pour second avis, la Q. _____ SA a soumis le dossier à son médecin-conseil, le Dr S. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 14 mars 2017, celui-ci s'est exprimé en ces termes : « [...] Après une infiltration sans succès et sans aucune précision (indication ? date ? localisation ? substance ?) le Dr C. _____ demande la réalisation d'une antalgie du genou par radiofréquence au Dr W. _____, [réd. : Dr W. _____, spécialiste en radiologie] réalisée le 7 décembre 2016. Il est mentionné des douleurs de l'aileron rotulien externe et des douleurs péri-tendineuses (quel tendon ?). Je précise que cet examen a été réalisé pour des douleurs inexplicables de désensibilisation de l'articulation. Etant donné cette évolution avec prolongation de l'incapacité de travail qui aurait dû – après l'intervention arthroscopique du 18 février 2016 – prendre fin fin mars 2016, je suggère la réalisation d'un arthro-IRM du genou droit réalisé le 8 février 2017. A toutes fins utiles, je précise que l'arthro-IRM contrairement à l'IRM est l'examen le plus approprié après une intervention chirurgicale méniscale. Le Dr W. _____ décrit un status après méniscectomie interne, sans fragment méniscal instable, sans aggravation aussi bien méniscale que cartilagineuse. Le Dr W. _____ mentionne une possible petite déchirure de la corne postérieure du ménisque interne qui correspond à un status post-méniscectomie où seule la déchirure instable est réséquée quand une suture n'est pas réalisable. Comme le décrit le Dr W. _____, le bord de résection reste irrégulier comme après toute méniscectomie sélective. [...] Cet examen, d'excellente qualité, ne montre aucune lésion ligamentaire, tendineuse, synoviale, cartilagineuse ni des ailerons rotuliens. Cet examen montre un status tout à fait calme après méniscectomie postéro-interne s'étendant jusqu'à la jonction moitié-postérieure-moitié-antérieure du ménisque avec une partie résiduelle de la corne postérieure amputée de la déchirure, comme généralement après une méniscectomie sélective. A son examen du 14.02.2017, le Dr V. _____ ne met en évidence aucun signe de lésion méniscale. De plus, il mentionne la prise d'aucun médicament, ce qui est surprenant pour un patient se plaignant de douleurs. Enfin, le Dr V. _____ suspecte une algoneurodystrophie sans qu'à son examen des signes cliniques de cette pathologie soient mis en évidence. Il n'y a aucun élément objectivable permettant de comprendre la poursuite de l'incapacité de travail au-delà de fin mars 2016. Le résultat de l'arthro-IRM de février 2017, soit presque une année plus tard, n'explique pas les doléances de Monsieur T. _____. De plus, je ne comprends pas ce qui a empêché Monsieur T. _____ de rechercher une nouvelle activité à partir du 01.09.2016 puisqu'il a été licencié pour le 31.08.2016 par N. _____ SA. [...] » Le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin associé au Service [...] du Z. _____, a conclu comme suit dans son rapport médical du 18 avril 2017 : « L'analyse des dernières images d'IRM, remontant à février 2017, ne permet pas d'identifier de lésion structurelle, responsable de la symptomatologie douloureuse du patient. L'évolution semble

marquée par la survenue d'une atteinte arthrosique débutante dans l'interligne fémoro-tibial interne, développée dans un contexte de morphotype en varus, de méniscope interne dégénérative et de résection méniscale partielle, effectuée il y a une année. Ces lésions ne semblent toutefois pas responsables de la symptomatologie actuelle. Devant l'hypothèse d'une symptomatologie de caractère neuropathique, je propose une évaluation au [...] du Z._____. A ce titre, une demande leur est adressée. Je ne retiens pas l'indication pour une reprise chirurgicale. » Le 27 juin 2017, le Dr S._____ a confirmé son analyse de la situation et considéré que l'incapacité de travail de l'assuré n'était plus justifiée 6 à 8 semaines après l'intervention chirurgicale. Par décision du 29 juin 2017, la Vaudoise a mis un terme à ses prestations au 30 juin 2016, renonçant toutefois à réclamer restitution des prestations versées jusqu'au 31 janvier 2017. B. L'assuré, alors représenté par Me Marie Signori, s'est opposé à cette décision le 28 juillet 2017, concluant à la reprise du versement des prestations et à la mise en œuvre d'un examen médical sous la forme d'une IRM. Le 20 novembre 2017, la Vaudoise a réclamé le dossier du recourant à l'OAI. Dans les pièces remises par cet office le 29 novembre 2017, figurait en particulier le rapport d'examen clinique rhumatologique établi le 15 novembre 2017 par le Dr D._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) et spécialiste en médecine interne et en rhumatologie. Ayant examiné l'assuré le 31 octobre 2017, ce médecin a posé le diagnostic de gonalgies droites dans le cadre d'un status après quatre traumatismes du genou droit, après arthroscopie du genou droit avec méniscectomie interne partielle avec discrète redéchirure de grade III horizontale de la corne postérieure du ménisque interne et avec séquelles de maladie d'Osgood-Schlatter (S83.2). Fixant l'exigibilité de la reprise d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles au 1^{er} septembre 2016, il a en particulier fait état de ce qui suit (p. 10 s. du rapport) : « Au status actuel, on note un assuré en [bon état général], bronzé, musclé, normocarde, normotendu. L'auscultation cardiopulmonaire est normale. L'abdomen est souple et indolore, sans hépatosplénomégalie ou masse palpable. Au point de vue cutané et des phanères, l'assuré présente une couperose du visage. Il a des sourcils très fins. Au plan ostéoarticulaire et neurologique, pieds nus dans la salle d'examen, l'assuré déambule normalement, sans boiterie. La marche sur la pointe des pieds est possible, sans problème. La marche sur les talons entraîne des douleurs du genou [droit]. L'accroupissement est presque complet. Il n'entraîne pas de douleurs du genou [droit] et le relèvement se fait sans aide extérieure, mais l'assuré allègue qu'il met son poids surtout sur la jambe [gauche]. Le reste du status neurologique est parfaitement normal, mis à part une tendance à l'hyporéflexie généralisée avec aréflexie rotulienne bilatérale. Les épreuves de Lasègue sont par ailleurs négatives. Elles sont tout de même limitées [des deux côtés] à 70° par un raccourcissement des muscles ischiojambiers. Au plan rachidien, on note une tendance à l'hypercyphose dorsale. La mobilité lombaire et cervicale est satisfaisante. La mobilité des articulations périphériques est également bien conservée, notamment la mobilité des 2 genoux est normale et symétrique. L'assuré présente une douleur à la palpation de la tubérosité tibiale antérieure [droite] et à la palpation de la région sus-rotulienne [droite]. A la palpation de cette région, l'assuré présente, de manière démonstrative, une réaction de retrait. L'assuré présente également un syndrome rotulien [droit] et un petit épanchement du genou [droit]. Il présente également un morphotype en discrets genua vara. L'assuré ne présente, par ailleurs, aucun signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique. Il ne présente aucun signe de non-organicité selon Waddell ou Kummel. Il ne présente aucune douleur à la palpation des divers points typiques de la fibromyalgie ou points de Smythe et ce diagnostic ne peut donc être posé. Une

arthro-IRM du genou [droit] du 08.02.2017 ne met pas en évidence de lésions cartilagineuses. Il met en évidence un status après résection partielle du ménisque interne, avec discrète redéchirure de grade III horizonto-oblique de la corne postérieure atteignant la surface méniscale inférieure et un aspect relativement irrégulier de la face inférieure de la corne postérieure interne. Il existe également un très important remaniement de la tubérosité tibiale antérieure, respectivement du tendon rotulien dans un contexte de séquelles de maladie d'Osgood-Schlatter. [...] Au vu de ces diagnostics, nous retenons des [limitations fonctionnelles], qui ne sont évidemment pas respectées dans l'activité habituelle d'agent de sécurité armé et de maître-chien. Ainsi, dans cette activité professionnelle, la [capacité de travail] est nulle. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux [limitations fonctionnelles] requises par la pathologie ostéoarticulaire, il n'y a aucune raison biomécanique à attester une [incapacité de travail] et ainsi, dans une telle activité, la [capacité de travail] est complète. Effectivement, il n'y a aucune raison biomécanique à attester une [incapacité de travail] dans une activité adaptée. D'ailleurs, la tolérance à la position assise en cours d'entretien a été bonne. Par ailleurs, malgré que l'assuré se plaint de douleurs qu'il cote entre 3 et 10/10, l'assuré arrive encore à faire son ménage, passer l'aspirateur 1 fois par jour, faire la lessive et le repassage, ainsi que confectionner ses repas. Il amène également ses chiens dans des clubs canins, comme celui de [...]. Il se déplace ainsi en voiture et est d'ailleurs venu au SMR en voiture. Par ailleurs, l'assuré a été capable de partir en avion en [...] en juin 2016. [...] Par ailleurs, l'assuré ne présente aucun motif d'exclusion tel qu'une importante exagération des symptômes ou une importante démonstrativité, mis à part qu'il présente, d'une manière violente et un peu excessive, voire démonstrative, une réaction vive de retrait à la palpation de la région sus-rotulienne [droite]. [...] Limitations fonctionnelles [Membre inférieur] : pas de genuflexion répétée, pas de franchissement d'escabeau ou échelle, pas de travail en hauteur, pas de franchissement régulier d'escaliers, pas de marche en terrain irrégulier, pas de position debout de plus de ¼ d'heure, pas de marche de plus de ¼ d'heure, nécessité de pouvoir alterner 1 x/heure la position assise et la position debout, pas de port régulier de charges de plus de 15 kg. » Le 28 septembre 2018, désormais représenté par Me Jean-Michel Duc, l'assuré a complété son opposition et y a annexé quatre nouveaux rapports de ses médecins traitants, produits également dans le cadre de l'instruction de son dossier par l'OAI, à la suite d'un projet de décision de cet assureur lui niant tout droit à des prestations de l'assurance invalidité. Il s'est ainsi référé à : - Un rapport médical établi le 4 juillet 2018 par le Prof. L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dans lequel ce médecin considérait que l'assuré souffrait des séquelles de l'accident professionnel du 2 janvier 2016 et préconisait une prise en charge chirurgicale vu les lésions résiduelles mises en évidence. - Un rapport médical établi par le Dr F._____ le 23 juillet 2018, dans lequel ce médecin relevait en particulier ce qui suit : « Les bilans radiocliniques (3 IRMs post opératoires) n'ont, à ce stade, pas permis d'identifier de lésion structurelle responsable de la symptomatologie du patient. Ils identifient la persistance d'une méniscopathie de la corne postérieure et du corps du ménisque interne restant et suspecter une chondropathie débutante dans l'interligne fémoro-tibial interne. Le rapport de la dernière mise au point par IRM suggère une lésion non transfixiante de la racine de la corne postérieure du ménisque externe, qui n'a pas pu être retrouvée après relecture de l'examen au Z._____. Notre première hypothèse reste une origine neuropathique. Le patient avait, dans ce cadre, été adressé au [...] du Z._____ en 2017. Une prise en charge interventionnelle avait été proposée mais le patient n'avait pu en bénéficier, devant une anxiété importante. Une prise

en charge prophylactique et psychologique avait ensuite été proposée, mais elle avait été refusée par le patient. [...] Je propose une nouvelle évaluation au [...] du Z._____. Une demande circonstanciée leur est adressée. Je ne retiens pas d'indication pour une prise en charge chirurgicale au vu des éléments susmentionnés pour l'instant. Une arthroscopie diagnostique ne sera considérée que si une origine neuropathique est rejetée. Je reverrai le patient au terme de son évaluation en antalgie. Le pronostic du genou reste réservé au vu de la chronicité des plaintes, des facteurs contextuels et du caractère des douleurs. Il travaillait auprès de la firme N._____ SA, comme agent de sécurité. Il reste en arrêt de travail à 100 %. La reprise de l'activité professionnelle originelle paraît très peu réaliste. » - Un rapport médical du 24 septembre 2018, dans lequel le Dr F._____ a encore fait état d'une absence de stabilisation du cas de sorte que « la décision d'une réorientation professionnelle avec une éventuelle perte de rendement ne [pouvait] encore être établie ». L'OAI a rendu le 5 décembre 2018 une décision niant le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, compte tenu d'un degré d'invalidité de 0.34 %. Sollicité à nouveau par la Q._____ SA, le Dr S._____, dans un bref avis du 11 décembre 2018, a exposé qu'il n'était pas possible de voir une déchirure de la corne postérieure du ménisque externe sur l'IRM réalisée le 29 janvier 2018, les images mettant selon lui en évidence une légère insertionite du tendon rotulien à son insertion sur le tibia, de même que des séquelles de la maladie d'Osgood-Schlatter. Il ajoutait que la lésion dégénérative de la corne postérieure du ménisque interne était connue et asymptomatique depuis toujours. Par arrêt du 21 janvier 2019 (cause AA 175/18 - 7/2019), confirmé le 7 août 2019 par le Tribunal fédéral (arrêt TF 8C_149/2019), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours pour déni de justice déposé par l'assuré le 6 décembre 2018. La Cour de céans a toutefois considéré que la Q._____ SA devait tout mettre en œuvre pour instruire davantage ou rendre une décision dans de brefs délais au vu de l'enjeu financier que représentait pour le recourant l'issue de la procédure. Parallèlement, l'assuré a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de l'OAI du 5 décembre 2018, concluant principalement à l'allocation d'une rente entière de l'assurance-invalidité à compter du 1^{er} janvier 2017, subsidiairement à l'octroi de mesures d'ordre professionnel, encore plus subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. En février 2019, l'assuré s'est rendu dans son pays d'origine, où il a subi une intervention chirurgicale au genou droit le 21 février 2019, effectuée par le Prof. E._____, à l'hôpital [...] de [...], dont il a produit les rapports médicaux. Dans le cadre de pourparlers menés à la suite de la procédure de recours pour déni de justice, les parties ont convenu d'un complément d'instruction, sous forme d'une expertise orthopédique confiée au Dr N._____, spécialiste en chirurgie et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès des M._____. Cet expert a examiné l'assuré le 18 juillet 2019 et rendu son rapport 6 août 2019, posant les diagnostics de contusion du genou droit le 2 janvier 2016 de la face externe avec douleurs inflammatoires et mécaniques mixtes persistantes, ainsi que de status post arthroscopie du genou droit avec résection de la corne postérieure du ménisque interne (Dr E._____) et de status post arthroscopie du genou droit avec résection de la corne postérieure du ménisque interne (Dr C._____) en 2016. Il relevait également un « diagnostic inconnu » sans influence sur la capacité de travail, nécessitant un traitement antidépresseur. Il considérait que la mise en lien des plaintes du patient avec l'accident du mois de janvier 2016 était strictement temporelle. La lésion méniscale interne de son genou droit était déjà visible avant cet accident et correspondait selon sa lecture de l'imagerie médicale à une lésion dégénérative. Quant aux douleurs de la

face externe, elles étaient en lien avec l'accident. La capacité de travail se limitait à un travail manuel léger, sans port de charge ni déplacements importants et se comprenait sans diminution de rendement dans un travail majoritairement sédentaire. Malgré les réticences exprimées par le Dr S. _____ dans son avis du 27 janvier 2020, la Q. _____ SA a informé le recourant par courriel du 17 février 2020 qu'elle admettait d'étendre la prise en charge des suites de l'accident, notamment s'agissant de l'intervention chirurgicale du 21 février 2019, effectuée par le Prof. E. _____. Elle a requis des éléments d'information complémentaires afin de déterminer l'étendue de la prise en charge, en particulier sur une éventuelle inscription au chômage entre août 2017 et janvier 2019, le suivi médical en cours et le financement de l'intervention du 21 février 2019. Le recourant a répondu par courriel du 18 février 2020, en indiquant notamment qu'il dépendait de l'aide sociale avant l'opération du 21 janvier 2019, situation qui perdurait depuis lors, qu'il était désormais suivi par les Drs P. _____, spécialiste en médecine interne générale, et R. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et qu'il avait financé lui-même son opération du 21 janvier 2019. Par courriel du 10 mars 2020, après avoir obtenu un décompte des prestations d'aide sociale versées à l'assuré, la Q. _____ SA a indiqué au conseil de l'intéressé qu'elle considérait le cas comme stabilisé au 31 juillet 2019 et proposait de régler la question du montant des indemnités journalières par le versement de 20'504 fr. 90 pour solde de tout compte, montant calculé de la manière suivante : « (...) - 100% du 02.01.2016 au 30.06.2017 (malgré qu'il manque de certificats médicaux attestant une incapacité de travail du 28.02.2017 au 23.03.2017 et du 25.04.2017 au 30.05.2017 et que l'Office AI considère que la capacité de travail de M. T. _____ est entière dans une activité adaptée dès le 01.09.2016) : o LAA : les indemnités journalières du 02.01.2016 au 31.01.2017 ayant déjà été versées, subsistent celles relative à la période du 01.02.2017 au 30.06.2017 = CHF 138.10 * 150 jours = CHF 20'715 o CLAA : les indemnités journalières du 02.01.2016 au 31.01.2017 ayant déjà été versées, subsistent celles relative à la période du 01.02.2017 au 30.06.2017 = CHF 17.30 * 150 jours = CHF 2'595 o Total intermédiaire : CHF 23'310.- - 100% du 01.01.2019 au 05.05.2019 (malgré le fait que l'incapacité de travail est attestée seulement depuis le 21.01.2019 — par simplification, nous tenons compte comme début de l'ITT le 01.01.2019) : o LAA : CHF 138.10 * 125 jours = CHF 17'262.50 o CLAA : CHF 17.30 125 jours = CHF 2'162.50 o Total intermédiaire : CHF 19'425.- - 50% du 06.05.2019 au 31.07.2019 o LAA : CHF 138.10 * 87 jours = CHF 12'014.70 o CLAA : CHF 17.30 * 87 jours = CHF 1'505.10 o Total intermédiaire : CHF 13'519.80 - Total final indemnités journalières : CHF 56'254.80 L'aide sociale est intervenue en faveur de M. T. _____ à partir du mois de février 2017 comme suit, pour les périodes susmentionnées : - Février 2017 : CHF 2'931.— - Mars 2017 : CHF 3'521.75 - Avril 2017 : CHF 2'931.- - Mai 2017 : CHF 2'931.- - Juin 2017 : CHF 3'493.75 - Janvier 2019 : CHF 2'525.20 - Février 2019 : CHF 2'480.00 - Mars 2019 : CHF 3'194.15 - Avril 2019 : CHF 2'581.55 - Mai 2019 : CHF 2'715.60 - Juin 2019 : CHF 3'456.90 - Juillet 2019 : CHF 2'988.00 Total de l'aide sociale : CHF 35'749.9 Total en faveur de M. T. _____ : CHF 56'254.80 - CHF 35'749.90 = CHF 20'504.90 (...) » Le 13 mars 2020, l'assuré a fait savoir à la Q. _____ SA qu'il refusait le règlement transactionnel proposé et lui demandait de rendre une décision sur opposition portant sur le droit aux prestations d'assurance et de verser le montant de 20'504 fr. 90 sur son compte. A défaut, il menaçait l'intimée du dépôt d'un recours pour retard à statuer, ce qu'il a fait le 2 avril 2020 devant la Cour de céans (recours pour déni de justice rejeté par arrêt du 23 juin 2020, cause AA 35/20 - 68/2020). Par courrier recommandé du 17 avril 2020, la Q. _____ SA a confirmé au mandataire de l'assuré

qu'elle retirait la décision du 29 juin 2017 et admettait un lien de causalité au-delà du 30 juin 2016. Dans une décision séparée du même jour, elle a admis le droit du recourant à l'indemnité journalière jusqu'au jour de l'expertise, d'un montant de 9'841 fr. 35 après déduction des prestations d'aide sociale perçues (par 26'726 fr. 85), en tenant compte des périodes et taux d'incapacité de travail suivants : - 100% du 2 janvier au 30 septembre 2016 (Dr C. _____), - 100% du 1^{er} octobre 2016 au 27 février 2017 (Dr C. _____), - 100% du 24 mars au 24 avril 2017 (Dr F. _____), - 100% du 31 mai au 30 juin 2017 (Dr H. _____) - 100% du 21 janvier au 05 mai 2019 (Dr P. _____) - 50% dès le 6 mai 2019. Se prononçant sur le droit à la rente, l'intimée a retenu que l'état médical de l'assuré était stabilisé et qu'il ne subissait aucune perte économique, dans la mesure où il apte à exercer une activité adaptée à son état de santé susceptible de lui apporter un salaire de 5'340 frs par mois (selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS], TA1 2016), alors qu'il touchait 5'247.40 avant l'atteinte à la santé. Le droit à une éventuelle rente d'invalidité devait ainsi être nié. S'agissant des frais de traitement et de leur prise en charge, la Q. _____ SA a considéré qu'aucun traitement ne permettait d'apporter une amélioration sensible, le cas devant être considéré comme étant stabilisé au plus tard le 18 juillet 2019. Elle a précisé qu'un montant de 3'632 fr. 20 avait été remboursé à la caisse-maladie de l'assuré, sur la base du décompte du 6 mars 2020 établi par celle-ci. Enfin, la Q. _____ SA rejetait tout droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, le Dr N. _____ ayant relevé l'absence de lésion structurelle du genou droit de l'assuré. En résumé, la Q. _____ SA dans sa décision admettait le versement d'un montant de 9'481 au titre d'indemnités journalières, le droit à la prise en charge du traitement médical jusqu'au 18 juillet 2019 et refusait le droit à une rente d'invalidité, de même que toute indemnité pour atteinte à l'intégrité. Par arrêt du 22 avril 2020 (cause AI 26/19 – 121/2020), confirmé le 31 août 2020 par le Tribunal fédéral (TF 9C_342/2020), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours de l'assuré contre la décision de l'OAI du 5 décembre 2018 lui refusant l'octroi de prestations, le taux d'invalidité s'établissant à 3 %.

C. Le 23 avril 2020, l'assuré s'est opposé à la décision de l'intimée du 17 avril 2020. Il a en particulier demandé la reprise immédiate du versement de pleines indemnités depuis le 31 janvier 2017, avec intérêts à 5 % dès le 1^{er} juillet 2018, le versement du montant de 20'504 fr. 90 avec intérêts à 5 % dès le 1^{er} juillet 2018 et la prise en charge des frais de traitement en lien avec le genou droit. Par décision sur opposition du 30 avril 2020, la Q. _____ SA a confirmé la décision précitée. Elle a relevé qu'à la date de l'expertise, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et qu'il fallait considérer, pour la période antérieure, que l'intéressé disposait d'une capacité de travail dans une activité adaptée bien avant l'expertise, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de poursuivre la prise en charge de l'incapacité de travail encore attestée par le Dr F. _____. S'agissant de la rente, le salaire dans une activité adaptée auquel pouvait prétendre l'assuré s'élevait à 67'404 fr. 60, alors qu'avant l'accident, il bénéficiait d'un salaire de 64'102 fr. 40, ce qui ne permettait pas l'octroi d'une rente.

D. Par acte du 3 juin 2020, toujours représenté par Me Jean-Michel Duc, T. _____ a recouru contre cette décision sur opposition. Il a conclu principalement à la réforme de la décision attaquée, dans le sens de son droit à des indemnités journalières à 100 % au-delà du 31 janvier 2017, sans interruption, avec intérêt à 5 % l'an depuis le 1^{er} octobre 2018, ainsi qu'à la prise en charge des frais de traitement en lien avec l'accident du 2 janvier 2016. Subsidiairement il demandait le droit à des indemnités journalières jusqu'au 18 juillet 2019, avec intérêts à 5 % l'an, puis le droit à une rente entière d'invalidité dès le 19 juillet 2019, à la prise en

charge des frais de traitement en lien avec l'accident et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'au moins 10 %. Il a allégué en particulier que l'intimée ne lui avait jamais imparti de délai pour rechercher une activité raisonnablement exigible dans une autre profession, de sorte que les indemnités journalières devaient lui être versées sans interruption depuis son accident. Il a contesté que son état de santé soit stabilisé au jour de l'expertise, ce que ne confirmait pas selon lui l'expert N. _____, et, si son état devait être considéré comme stabilisé, il contestait que sa capacité de travail soit entière dans une activité adaptée, de sorte qu'il disposerait d'un droit à une rente entière. En outre, l'expert N. _____ avait admis une perte de fonction très probablement durable de son genou droit. Le 11 septembre 2020, l'intimée a répondu en concluant au rejet du recours. Elle contestait avoir admis que l'incapacité de travail du recourant soit justifiée jusqu'au 18 juillet 2019 et considérait que la capacité de travail était entière depuis le 1^{er} septembre 2016. Se référant à la décision de l'OAI, laquelle faisait suite à l'examen rhumatologique du 31 octobre 2017 et au jugement de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 22 avril 2020, l'intimée indiquait avoir admis de prester selon les certificats médicaux au dossier par simplification administrative. Elle avait ainsi accepté de prendre en charge la période postérieure à l'intervention chirurgicale du 21 janvier 2019, dont les indemnités avaient déjà été versées, de même que les frais relatifs à l'intervention qui avaient été remboursés au recourant. Elle confirmait par ailleurs la stabilisation de l'état de santé au jour de l'expertise. Avec son dossier, l'intimée a encore produit un courrier adressé le 31 août 2020 au recourant, dans lequel elle admettait le remboursement au recourant d'un montant de 8'256 fr. 40 pour les frais liés à l'opération du 21 janvier 2019. Répliquant le 15 octobre 2020, le recourant a en particulier allégué que le fait pour l'intimée de contester avoir reconnu un droit aux indemnités journalières était contraire aux règles de la bonne foi, dans la mesure où elle avait déclaré que le montant de 26'726 fr. 85 avait été versé, sous déduction de l'aide sociale, à titre d'indemnités journalières. Il a indiqué que l'intimée tentait de ce fait d'échapper à son obligation d'impartir un délai de 3 à 5 mois à l'assuré pour lui permettre de changer d'activité. L'avocat a en outre transmis sa liste d'opération. Le 20 novembre 2020, la Vaudoise a déclaré maintenir ses déterminations. Selon la réquisition du 10 mai 2021 de la juge instructrice, l'OAI a communiqué son dossier le 19 mai 2021. Les pièces recueillies ont été versées au dossier de la présente cause et les parties invitées à déposer leurs déterminations éventuelles. Le recourant a indiqué, le 25 juin 2021, ne pas avoir de déterminations à formuler. L'intimée s'est déterminée le 28 juillet 2021, renvoyant pour l'essentiel à ses précédentes écritures. Déférant à la demande du recourant, la Juge instructrice lui a communiqué la composition de la présente cour le 1^{er} février 2023. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. a) Le litige porte sur le droit du recourant au versement de prestations de l'assureur accident. Le recourant demande en particulier le versement d'indemnités journalières au-delà du 31

janvier 2017, de même que la prise en charge de frais de traitement découlant de son accident du 2 janvier 2016. Il conteste subsidiairement le refus de l'intimée de lui octroyer une rente d'invalidité et réclame le versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. b) La modification de la LAA du 25 septembre 2015 est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017. Selon les dispositions transitoires (al. 1), pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de cette modification et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date, les prestations d'assurance sont allouées selon l'ancien droit. Dans le cas particulier, s'agissant d'un accident survenu le 2 janvier 2016, c'est le droit dans sa version antérieure à la modification qui s'applique. Ce qui précède n'a au demeurant que peu d'incidence sur la solution du litige, dans la mesure où les dispositions applicables au cas d'espèce sont globalement restées similaires. 3. a) 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 un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1). b) Parmi les prestations allouées en cas d'accident figure notamment le droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). En outre, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident ; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (art. 6, première phrase, LPGa). La jurisprudence considère qu'un délai doit être imparti à la personne concernée pour rechercher une activité raisonnablement exigible dans une autre profession ou un autre domaine. La durée de ce délai doit être appréciée selon les circonstances du cas particulier. Elle est généralement de trois à cinq mois selon la pratique applicable en matière d'assurance-maladie (ATF 129 V 460 consid. 5.2 ; 114 V 281 consid. 5b et les références ; voir aussi TF 8C_682/2021 du 13 avril 2022 consid. 7.2 et TF

8C_687/2014 du 9 septembre 2015 consid. 5.1.1 et les références citées). L'assureur social reste ainsi tenu de verser des indemnités journalières durant cette période et aussi longtemps qu'il n'a pas invité l'assuré à chercher une activité adaptée compatible avec son état de santé ; dans un tel cas, l'incapacité de travail reste déterminée en fonction de l'activité exercée jusque-là (Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [éd.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n. 37 ad art. 6 LPGa). c) 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 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGa). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C_1/2020 du 15 octobre 2020 consid. 3.1). 4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGa), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). 5. a) Dans le cas particulier, à la suite de l'expertise mise sur pied d'entente entre les parties auprès du Dr N._____, l'intimée a finalement admis l'existence d'un lien de causalité. En effet, selon l'expert, dont les conclusions ne sont pas remises en cause par les parties, les douleurs inféro-patellaire dont se plaint le recourant sont fréquemment retrouvées dans le contexte accidentel dont il est question. Les lésions structurelles visibles, déjà présentes avant l'accident, n'ont pas été aggravées par celui-ci et ne sont pas symptomatiques. Seules les douleurs latérales, en lien avec l'accident et nouvellement apparues à la suite de ce dernier, sont responsables de la symptomatologie encore présente, l'expert reconnaissant avec certitude, malgré la durée de cette dernière, qu'elles ne seraient pas apparues sans cet

événement. La causalité n'étant plus contestée par les parties, il n'y a pas lieu de s'y pencher davantage. b) S'agissant de la stabilisation de l'état de santé du recourant, l'intimée soutient qu'il convient de la fixer au moment de l'examen clinique par l'expert, mais au plus tard le 31 juillet 2019. Le recourant relève pour sa part que, dans son rapport, le Dr N. _____ évoque une stabilisation de la situation dans un délai de deux à trois mois après son expertise, de sorte que c'est cette date qu'il convient de retenir. Il ressort du rapport de l'expert N. _____ qu'à la suite de l'intervention du Dr E. _____ au [...] et de la rééducation faite sur place, l'évolution des cinq derniers mois a été positive. Il a néanmoins noté que le patient ressentait une stagnation des améliorations, dans la mesure où il ne bénéficiait plus de traitement spécifique pour son genou. Si le Dr S. _____ s'étonne, dans son avis du 27 janvier 2020, du fait que le Dr N. _____ admette une stabilisation dans les deux à trois mois qui suivent son expertise, il n'explique pas non plus pour quelle raison cette stabilisation devrait être considérée comme atteinte plus rapidement et n'évoque en tous cas pas la date de l'examen clinique de l'expert comme le retient l'intimée. Sauf à se substituer de manière inappropriée à son médecin conseil, on ne voit pas sur quoi se fonde cette dernière pour retenir la date de l'examen clinique et non celle indiquée par l'expert, ce d'autant que les parties ont admis que le rapport du Dr N. _____ disposait de la valeur probante nécessaire pour en admettre notamment les conclusions s'agissant du lien de causalité. Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir, comme date de stabilisation de l'état de santé, le 30 septembre 2019, soit à peine plus de deux mois après l'examen clinique de l'expert le 18 juillet 2019. c) S'agissant de la prise en charge du traitement en lien avec l'accident, l'intimée l'a admise. Elle a ainsi versé à la caisse-maladie du recourant le montant de 3'632 fr. 20, selon le décompte de mars 2020 de cette dernière, et remboursé, à l'assuré directement, le montant de 8'256 fr. 40 relatif à l'intervention du Dr E. _____ du 21 janvier 2019 notamment. L'intimée a par conséquent donné adéquatement suite à la demande du recourant de prendre en charge le traitement approprié. Pour le surplus, il n'y a aucun motif pour admettre une prise en charge au-delà de la stabilisation de l'état de santé. Certes, l'expert N. _____ indique que la physiothérapie active est encore susceptible d'améliorer l'état de santé du recourant, mais il note également que les exercices à domicile ne sont pas effectués. Compte tenu de son obligation de réduire son dommage, conformément à laquelle on peut attendre du recourant qu'il contribue à la stabilisation de l'état de son genou par les exercices réguliers qui lui ont été enseignés, le recourant ne saurait prétendre à la prise en charge d'un nombre supplémentaire de séances de physiothérapie. Au demeurant, il ressort de l'avis du Dr S. _____ du 27 janvier 2020 que l'intéressé avait déjà bénéficié d'un nombre important de séances de physiothérapie (entre 70 et 80), d'infiltrations et d'un traitement par radiofréquence, sans amélioration notable. De surcroît, la prise irrégulière d'anti-douleurs donne à penser que les douleurs ne sont pas constantes. Dans ces conditions, le fait que le recourant constate une stagnation dès lors qu'il ne bénéficie plus de traitement spécifique pour son genou, et que les très nombreuses séances de physiothérapie n'aient pas apporté l'amélioration escomptée, pas plus que les infiltrations et les autres traitements, permet de penser que la poursuite d'un traitement de physiothérapie active n'est pas susceptible d'entraîner une amélioration notable à long terme. Compte tenu de ce qui précède, il convient de considérer que le traitement a été dûment pris en charge par l'intimée, de sorte que la conclusion du recourant à cet égard doit être rejetée pour autant qu'elle ait encore un objet. d) L'intimée a versé au recourant des indemnités journalières jusqu'au 31 janvier 2017. Dans la décision sur opposition litigieuse, elle indique accepter de poursuivre ses versements selon les dates

d'incapacité de travail attestées par le Dr F. _____ « par simplification », tout en confirmant sa décision du 17 avril 2020 qui s'étendait également aux incapacités de travail attestées par les Drs H. _____ et P. _____. Malgré la confusion entretenue par ces incohérences, on comprend toutefois que l'intimée considère que le recourant, qui dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, se devait de la mettre à profit en travaillant dans un autre secteur. De l'avis du Dr N. _____, partagé notamment par le Dr D. _____ du SMR et le Dr F. _____, médecin traitant, l'état de santé du recourant suppose le respect de limitations fonctionnelles incompatibles avec son activité usuelle d'agent de sécurité et maître-chien. En revanche, une pleine capacité de travail reste possible, dans une activité sédentaire, évitant la marche en terrain irrégulier, le travail nécessitant de monter sur des échafaudages ou des échelles, le port de charge de plus de 15 kg, la marche ou la station debout prolongée au-delà d'un quart d'heure et permettant l'alternance de position une fois par heure. Ainsi, les médecins qui se sont exprimés dans le dossier sont unanimes pour dire que le recourant ne dispose plus d'une capacité de travail dans son activité usuelle d'agent de sécurité. S'il est exact que le recourant est susceptible d'exercer une activité adaptée depuis déjà plusieurs années, comme l'a retenu l'OAI dans sa décision du 5 décembre 2018 dont l'intimée a reçu copie, cette dernière n'a cependant jamais impartie au recourant de délai le sommant de chercher du travail dans une profession, adaptée à son état de santé. Elle ne saurait par conséquent invoquer ce motif pour lui refuser l'octroi des indemnités journalières. Celles-ci restent donc dues en raison de l'incapacité totale de travail du recourant dans son activité habituelle d'agent de sécurité, jusqu'à la stabilisation de son état de santé au 30 septembre 2019, quand bien même une activité adaptée était réalisable bien avant. Dans la mesure où, de l'avis de tous les médecins qui l'ont examiné, le recourant était totalement incapable d'exercer son activité d'agent de sécurité durant toute cette période, il appartiendra à l'intimée de calculer le montant des indemnités journalières à verser à 100%, sans interruption, du 1^{er} février 2017 au 30 septembre 2019, sous réserve des montants éventuellement déjà versés et des droits de tiers ayant avancé des prestations.

6. La stabilisation de l'état de santé du recourant étant acquise au 30 septembre 2019, date à partir de laquelle il n'y a plus lieu d'attendre une quelconque amélioration selon les constatations de l'expert N. _____, il convient d'examiner si l'intéressé a droit à une rente d'invalidité. Pour l'examen du droit à la rente, l'intimée a retenu qu'en 2019, le revenu sans invalidité s'élevait à 64'102 fr. 40 et le revenu avec invalidité à 67'404 fr. 60, ce qui ne donnait pas droit à une rente d'invalidité. Ces montants ne sont pas contestés par le recourant. Il convient cependant de relever que, selon les informations données par l'employeur dans le cadre de la procédure AI, le salaire mensuel du recourant en 2016 s'élevait à 5'292 fr., versé treize fois l'an. Annualisé et actualisé à l'année de référence (2019) au moyen de l'indice suisse des salaires nominaux (cf. Office fédéral de la statistique, T39, Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels), le revenu hypothétique annuel sans invalidité se monte à 70'041 fr. 30. Quant au revenu d'invalidité, dans la mesure où le recourant n'a pas repris d'activité à la suite de son accident, il y a lieu de le déterminer 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 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1), indexé et rapporté à la durée normale du travail dans les entreprises pour l'année considérée. Le salaire d'un homme sans formation particulière, exerçant des tâches physiques ou manuelles simples (tableaux TA1_skill_level, tous secteurs confondus ; cf. TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2), était en 2018 de 5'417 fr. par mois, soit

67'766 fr. 70 par an, compte tenu d'une durée de travail de 41.7 heures par semaine (cf. Office fédéral de la statistique, Statistique de la durée normale du travail dans les entreprises). Indexé à l'année 2019, c'est un revenu avec invalidité de 68'376 fr. 60 qu'il convient de retenir pour une activité adaptée exercée à plein temps. Après comparaison de ces revenus, le degré d'invalidité du recourant s'élève à 2.38 %, ce qui n'ouvre aucun droit à une rente d'invalidité. Le refus de l'intimée à cet égard est ainsi bien fondé. 7. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, que réclame le recourant à hauteur de 10 %, ce dernier ne produit aucun document médical permettant d'admettre un tel degré d'atteinte. Le Dr N. _____ ayant au demeurant clairement exclu une lésion structurelle au niveau du genou droit en lien avec l'accident, rien au dossier ne laisse penser que le recourant pourrait prétendre à une telle indemnité. 8. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis et la décision sur opposition réformée en ce sens que le recourant a droit au versement d'indemnités journalières à 100% entre le 1^{er} février 2017 et le 30 septembre 2019, sous réserve des sommes déjà versées et de celles avancées par des tiers durant cette période. La décision sur opposition doit être maintenue pour le surplus. b) Le recourant a pris ses conclusions avec intérêt à 5 % l'an dès le 1^{er} octobre 2019. Conformément à l'art. 26 al. 2 LPGA, des intérêts compensatoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe. L'obligation de payer des intérêts moratoires selon l'art. 26 al. 2 LPGA commence 24 mois après le droit à la rente en tant que tel pour l'ensemble des prestations courues jusque-là, et non pas seulement deux ans après l'exigibilité de chaque rente mensuelle (ATF 133 V 9 consid. 3.6). L'art. 26 al. 4 LPGA précise toutefois qu'il n'existe pas de droit à des intérêts moratoires pour les tiers qui ont consenti des avances ou provisoirement pris en charge des prestations au sens de l'art. 22 al. 2 LPGA et auxquels les prestations accordées rétroactivement ont été cédées (let. b), ni pour les autres assurances sociales qui ont provisoirement pris en charge des prestations au sens de l'art. 70 LPGA (let. c). Le taux de l'intérêt moratoire est de 5 % par an (art. 7 al. 1 OPGA [ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11]). L'intérêt moratoire est calculé par mois sur les prestations dont le droit est échu jusqu'à la fin du mois précédent. Il est dû dès le premier jour du mois durant lequel le droit à l'intérêt moratoire a pris naissance et jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (art. 7 al. 2 OPGA). En l'occurrence, les indemnités journalières ont été versées jusqu'au 31 janvier 2017. Le droit à la poursuite du versement de telles indemnités est dès lors né le 1^{er} février 2017, portant l'échéance du délai de l'art. 26 al. 2 LPGA au 1^{er} février 2019. L'intérêt moratoire de 5 % l'an est par conséquent dû dès cette dernière date sur les prestations allouées ci-dessus, après déduction des prestations déjà versées ou avancées par des tiers durant la période considérée. c) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 82a LPGA). d) Vu le sort de ses conclusions, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens réduite, à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Après examen de la liste des opérations déposée le 15 octobre 2020 par Me Duc, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de la partie 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]). Par ces

motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est partiellement admis. II. La décision sur opposition rendue le 30 avril 2020 par Q._____ SA est réformée, en ce sens que T._____ a droit au versement d'indemnités journalières à 100 % du 1^{er} février 2017 au 30 septembre 2019, sous déduction des sommes déjà versées et de celles avancées par des tiers, avec intérêt à 5 % l'an à compter du 1^{er} février 2019 sur le solde encore dû. III. La décision sur opposition litigieuse est confirmée pour le surplus. IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. V. Q._____ SA versera à T._____ un montant de 2'000 fr. à titre de dépens réduits. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Jean-Michel Duc (pour T._____), ■ Q._____ SA, - 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.