

## VD\_GERICHTE ZA17.041313 vom 30. Oktober 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-10-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA17.041313](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA17.041313)

FR: VD\_GERICHTE ZA17.041313 du 30 octobre 2018

IT: VD\_GERICHTE ZA17.041313 del 30 ottobre 2018

### Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AA 125/17 - 128/2018 ZA17.041313 CO UR DE S  
ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_

Arrêt du 30 octobre 2018 \_\_\_\_\_ Composition : Mme BERBERAT,  
présidente M. Piguet, juge, et M. Gerber, juge suppléant Greffière : Mme Chapuisat \*\*\*\*\*  
Cause pendante entre : V. \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me David Métille,  
avocat à Lausanne, et CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée. \_\_\_\_\_ Art. 6 et 19 LAA 402

- 2 - E n f a i t : A. a) V. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1956, avait  
consulté, le 7 octobre 2008, l'Hôpital R. \_\_\_\_\_ après avoir, la veille, glissé d'une  
échelle, en se tordant le genou droit. Une imagerie par résonance magnétique (ci-après :  
IRM) réalisée le 24 octobre 2008 a mis en évidence une déchirure de la partie antérieure du  
ligament collatéral interne, une petite déchirure de la corne postérieure du ménisque interne,  
une discrète chondropathie diffuse et un discret épanchement intra-articulaire. L'assuré a  
porté une attelle au niveau du genou droit jusqu'à fin novembre 2008. Lors d'une  
consultation du 10 décembre 2008, l'évolution a été jugée favorable. Le cas a été pris en  
charge par U. \_\_\_\_\_, assureur accidents. b) L'assuré a par la suite exercé une activité de  
chauffeur poids lourd auprès de la société Y. \_\_\_\_\_ SA du 1er septembre 2009 au 3  
juillet 2010, date de son licenciement. A ce titre, il était assuré contre les accidents  
professionnels, les accidents non professionnels et les maladies professionnelles auprès de  
la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).  
Le 11 janvier 2010, l'assuré a glissé en allant ouvrir la porte de déchargement à la filiale  
d'Y. \_\_\_\_\_ à [...] et a chuté lourdement sur le genou gauche. Une lésion du ménisque  
intérieure a été diagnostiquée (sinistre n° [...]). Une arthroscopie du genou gauche a été  
réalisée le 19 février 2010 par le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et  
traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-chef du service d'orthopédique de  
l'Hôpital R. \_\_\_\_\_. Celui-ci a diagnostiqué une déchirure de la corne postérieure du  
ménisque interne et une lésion

- 3 - traumatique (« flake-fracture ») du condyle fémoral interne en zone de charge, associée  
à une chondropathie de stade III. Il a aussi constaté une lésion dégénérative avec déchirure  
de la partie intermédiaire du ménisque externe avec chondropathie de stade I-II du condyle  
fémoral externe. Une méniscectomie externe et interne, ainsi qu'une chondroplastie des  
condyles fémoraux interne et externe ont été réalisées. L'assuré a séjourné du 8 février au 9  
mars 2011 à la Clinique D. \_\_\_\_\_ à [...]. Dans un rapport de sortie du 20 avril 2011, le  
Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, ainsi qu'en chirurgie  
orthopédique, et la Dresse N. \_\_\_\_\_, médecin assistant, ont constaté une importante  
sous-évaluation de ses capacités fonctionnelles par l'intéressé. A la sortie, les principaux  
obstacles étaient les douleurs et la conviction de l'assuré qu'il ne pourra plus reprendre son

ancien métier. Objectivement, les capacités fonctionnelles étaient bonnes et l'assuré apte à travailler dans une activité avec un niveau d'effort moyen, en limitant les positions à genoux, accroupies, ou les descentes d'échelles ou d'escalier répétées. Une polyneuropathie débutante des membres inférieurs était soupçonnée. Le 16 juin 2011, l'assuré a été examiné par le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA. Celui-ci a estimé que la situation au niveau du genou gauche pouvait être considérée comme stabilisée. Il a ajouté que « les séquelles de l'accident du 11.01.2010, au niveau du genou G, entraînent qu'une activité avec exigibilité totale est une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de longue marche répétée, pas de marche répétée en terrain irrégulier, pas de montée et descente répétées d'escaliers, pas de fréquente position à genoux ou accroupie, pas de port fréquent de charge de plus de 25 kg ». c) Alors qu'il était inscrit au chômage, l'assuré a, le 17 août 2013, glissé sur le sol mouillé et a chuté en sortant de la douche. Sa jambe droite est partie en extension, puis s'est tordue et il a chuté par terre sur

- 4 - les fesses (cf. déclaration de sinistre du 4 septembre 2013 adressée à la CNA, relative au sinistre n° [...]). Une arthroscopie des deux genoux a été réalisée le 4 septembre 2013 par le Dr Z. \_\_\_\_\_, qui a posé les diagnostics de chondropathie de stade II rotulienne bilatérale, chondropathie de stade II- III du compartiment fémoro-tibial interne bilatéral, déchirure de la partie intermédiaire du ménisque interne avec lésion dégénérative de la corne antérieure du ménisque externe du genou gauche et de déchirure de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit. Des ménisectomies interne et externe partielles du genou gauche, ainsi qu'une ménisectomie interne partielle du genou droit ont été effectuées. L'assuré a été hospitalisé du 14 septembre au 23 octobre 2013 à l'Hôpital R. \_\_\_\_\_ pour une arthrite septique du genou gauche. Des arthroscopies avec lavage du genou gauche ont eu lieu les 14 et 19 septembre 2013 et le 3 octobre 2013. Une antibiothérapie de longue durée a été mise en œuvre. Par la suite, l'assuré marchait avec deux béquilles et suivait un traitement de physiothérapie. L'assuré a effectué un second séjour à la Clinique D. \_\_\_\_\_ du 1er au 8 avril 2014. Selon le rapport du 9 mai 2014 des Drs N. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, la situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles, une stabilisation médicale étant attendue dans un délai de trois à six mois. Au nombre des limitations fonctionnelles provisoires, ces praticiens ont retenu les positions debout prolongées, le travail en terrain irrégulier, les montées et descentes d'escaliers et le port de charge. La participation de l'assuré aux thérapies a été considérée comme faible et des incohérences ont été relevées, l'assuré se déplaçant avec deux cannes et faisant des chutes de manière démonstrative, alors qu'au départ, il arrivait à regagner sa voiture avec la valise et en n'utilisant qu'une seule canne. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était défavorable, en raison de facteurs médicaux sans lien avec l'accident et d'un trouble mixte de la

- 5 - personnalité. Le séjour a été interrompu prématurément à la demande insistante de l'assuré qui annonçait une nette augmentation des douleurs et en raison de l'impossibilité de mettre en place un programme de rééducation cohérent, l'assuré étant incapable d'entrer dans la piscine. Selon les diagnostics posés par les Drs I. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_, la chute du 11 janvier 2010 avait engendré une déchirure de la corne postérieure et du ménisque interne et lésion traumatique (« flake fracture ») du condyle fémoral interne en zone de charge, associée à une chondropathie de stade III et une légère lésion dégénérative avec

déchirure de la partie intermédiaire du ménisque externe, chondropathie de stade I-II du condyle fémoral externe du genou gauche. Etaient joints au rapport du 9 mai 2014 : - un rapport d'examen radiologique des deux genoux établi le 9 avril 2014 par le Dr C. \_\_\_\_\_, mettant en évidence une gonarthrose bilatérale intéressant surtout le compartiment interne, notamment à gauche, avec présence d'une image d'enchondrome de la jonction métaphyso-diaphysaire distale de l'os fémoral droit, inchangée ; - un rapport de conseil psychiatrique établi le 9 avril 2014 par la Dre T. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, posant le diagnostic de troubles mixtes de la personnalité (F 61.0) et dont la conclusion était la suivante : « Sur le plan psychiatrique, ce patient, traité depuis des années pour troubles mixtes de la personnalité, est actuellement bien compensé sur le plan psychique, ne présentant aucune symptomatologie anxieuse ou dépressive manifeste. Cette psychopathologie, a priori sans répercussion sur la capacité de travail, a toutefois probablement compromis la réussite des mesures de réadaptation AI proposées, du fait du fonctionnement projectif du patient, et de ses difficultés relationnelles et d'adaptation. En conséquence, si de nouvelles mesures de reclassement devaient être envisagées, elles devraient en tenir compte ». Le 5 juin 2014, l'assuré a été examiné par le Dr K. \_\_\_\_\_, dont le rapport contenait notamment les appréciations suivantes :

- 6 - « [...] Ce jour, subjectivement, le patient déclare que la situation s'améliore encore très lentement. Le patient déclare que chaque fois qu'il charge, il a l'impression que des centaines de piqûres au niveau de la surface articulaire fémorale des genoux avec intensité de la douleur plus importante à gauche qu'à droite. Le patient a en outre l'impression que son genou G est toujours emprisonné avec impression de compression, que ses genoux gonflent avec toujours [un] gonflement plus important à gauche qu'à droite et qu'il ne peut pas faire plus que quelques pas à domicile, sans ses cannes. Objectivement, à l'examen clinique, examen très difficile en fonction des douleurs arguées par le patient et rendant cet examen peu contributif. Ceci dit, les 2 genoux paraissent secs, flexion limitée à 110° à droite et à 95° à gauche, extension complète ddc [des deux côtés], signes de sollicitation rotulienne et palpation des interlignes articulaires interne et externe douloureux ddc, la palpation du genou G étant globalement douloureuse. La stabilité des genoux qui, en fonction des antécédents présentés par le patient, devrait être bonne, n'est pas testable en raison des douleurs arguées par le patient lors de l'examen clinique. Radiologiquement, début de gonarthrose moyenne ddc. Il existe clairement une discordance manifeste entre les lésions objectivables au niveau des 2 genoux et les plaintes arguées par le patient. D'autre part la situation n'évolue plus sensiblement et peut donc être estimée comme stabilisée. En fonction des lésions objectivées lors des dernières arthroscopies des genoux ainsi que celles objectivées sur le dernier radiologique effectué en avril 2014 à la Clinique D. \_\_\_\_\_, le début d'arthrose moyenne que présente le patient au niveau de ses 2 genoux entraîne qu'une activité professionnelle adaptée est une activité de type sédentaire, ne nécessitant [pas] de fréquent[s] déplacement[s] de plus de 30 mètres, de déplacement avec port de charges de plus de 4 kg, de déplacement en terrain irrégulier ou en pente, d'escaliers, d'échafaudages ou de travail à genoux ou nécessitant des genuflexion[s]. Dans un travail respectant ces limitations, l'exigibilité du patient, en relation avec les lésions objectivables au niveau de ses 2 genoux, est totale. Le traitement à la charge de la Suva, en relation avec les lésions objectives au niveau des 2 genoux du patient correspond à des mesures ponctuelles d'antalgie et/ou d'AINS ainsi que, si prescrites, jusqu'à 2 fois 9 séances de physiothérapie par an et par genou. Un suivi médical spécialisé et espacé tous les 6 à 12 mois reste également à la charge de la Suva. Le droit à une IPAI fait l'objet d'une appréciation séparée

». Concernant l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI), le Dr K. \_\_\_\_\_ a pris position comme suit le 5 juin 2014 :

- 7 - « Le patient souffre d'une gonarthrose tri-compartimentale atteignant tout juste le stade gonarthrose moyenne ddc, ce qui lui ouvre un droit à une IPAI de 10 % pour chaque genou, selon la table 5 des indemnisations des atteintes à l'intégrité selon la LAA, table concernant les atteintes à l'intégrité résultant d'arthrose. La bilatéralité des lésions justifie une augmentation d'IPAI de 2,5 %. L'état des 2 genoux du patient justifie donc une IPAI totale de 22,5 %. L'état antérieur des genoux D et G, avant les accidents du 11.01.2010 pour le genou G et du 17.08.2013 pour le genou D avec alors déjà gonarthrose pratiquement au même stade qu'actuellement, même si asymptomatique, impose une réduction des 2/3 de cette IPAI. Le taux d'IPAI auquel le patient a droit est donc de 7,5 % ». Dans un courrier du 22 juillet 2014, l'assuré a déclaré être en attente de trois opérations, soit une ostéotomie au genou droit, la pose d'une prothèse au genou gauche puis éventuellement pose d'une prothèse pour le genou droit. L'opération du genou droit ne serait possible que lorsque le genou gauche serait parfaitement rétabli et en mesure de supporter seul la charge corporelle. Selon l'assuré, à sa sortie de l'hôpital le 23 octobre 2013, le Dr [...], chirurgien orthopédique, avait estimé qu'un délai de douze à dix-huit mois pouvait donner une idée du temps nécessaire à la récupération totale de son genou gauche. Or le Dr P. \_\_\_\_\_ du Centre thermal d' [...] n'avait constaté le 19 juin 2014 aucune amélioration de son état, ce qui laisser entrevoir, selon l'assuré, que le délai de rétablissement du genou gauche devait être revu à la hausse, ce qui retardait tout le processus pour ses deux genoux. Dans un rapport du 12 août 2014 à l'OAI, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a déclaré qu'une ostéotomie de valgisation tibiale proximale à droite avait été évoquée une fois que son genou gauche serait remis, ce qui n'était pas le cas, précisant qu'aucun traitement chirurgical n'était alors à envisager. Les seuls traitements étaient des séances de physiothérapie et de balnéothérapie ainsi que de la natation. Selon le Dr Z. \_\_\_\_\_, la reprise d'une reconversion professionnelle était envisageable de suite, mais il doutait que « l'on arrive à quelque chose au niveau d'une réadaptation, par rapport surtout à la personnalité du patient qui n'est pas du tout enclin à envisager un reclassement professionnel ».

- 8 - Le 1er septembre 2014, le Dr K. \_\_\_\_\_ a attribué l'invalidité médico-théorique à 50 % pour l'accident du 11 janvier 2010 et à 50 % pour l'accident du 17 août 2013. La répartition était identique pour l'IPAI. Le 23 octobre 2014, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière au 30 novembre 2014 pour les suites des événements de 11 janvier 2010 et du 17 août 2013. Le 27 novembre 2014, la CNA a annulé son courrier du 23 octobre 2014, ayant été informée par l'assuré que celui-ci serait prochainement opéré au genou droit, soit le 17 décembre 2014. La CNA a précisé qu'elle assumerait les frais de cette hospitalisation. Le 22 juin 2015, le Dr K. \_\_\_\_\_ a rédigé une appréciation médicale dont le but était le suivant : « A la demande de l'administration pour confirmer que l'intervention effectuée au niveau du genou D le 04.09.2013 était en relation de causalité probable avec un événement au niveau de ce genou D ne concernant pas la Suva, parce que survenu le 06.10.2008 ». On en extrait ce qui suit : « Appréciation En fonction de ce qui précède, nous pouvons affirmer que l'événement du 06.10.2008 a entraîné, dans un rapport de causalité pour le moins probable, la lésion de la corne postérieure du ménisque interne visualisée à l'IRM du 24.10.2008. D'autre part nous pouvons également affirmer que l'événement du 17.08.2013, au niveau du genou D n'a pas entraîné de lésions structurelles au niveau de ce genou. En effet, l'événement du 17.08.2013

n'a motivé une consultation auprès du Dr Z. \_\_\_\_\_ qu'une dizaine de jours plus tard. Lors de cette consultation, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a posé l'indication à une arthroscopie du genou D en même temps qu'une arthroscopie du genou G pour laquelle l'indication opératoire avait déjà été posée. Lors de l'arthroscopie du genou D du 04.09.2013, le Dr Z. \_\_\_\_\_ décrit des lésions intra-articulaires tout à fait superposables à celles mises en évidence lors des radiographies du genou D du 07.10.2008 (remaniement gonarthrosique tricompartmental modéré) et de l'IRM de ce genou du 24.10.2008 (petite déchirure de la corne postérieure - 9 - du ménisque interne) si ce n'est que lors de l'IRM de 2008, il y avait un discret épanchement intra-articulaire (= signe inflammatoire) et que la chondropathie (= trouble dégénératif) visualisée lors de l'arthroscopie du 04.09.2013 semble plus importante que celle de l'IRM de 2008. Ces mêmes constatations lors de l'arthroscopie du genou D du 04.09.2013, permettent d'affirmer que l'accident du 17.08.2013 n'avait plus alors qu'un rapport de causalité tout au plus possible avec la symptomatologie que présentait l'assuré au niveau de ce genou D, et que cette symptomatologie était par contre en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 06.10.2008. En effet, cette arthroscopie du genou D du 04.09.2013 n'a montré aucun signe inflammatoire (pas d'épanchement intra-articulaire) mais a montré par contre l'évolution des troubles dégénératifs (chondropathie) déjà présents lors de l'accident de 2008, mais probablement détériorés de façon déterminante par la lésion méniscale qu'avait entraîné l'événement de 2008. L'accident du 17.08.2013 ne déployait donc probablement plus d'effet lors de l'arthroscopie du 04.09.2013 et un statu quo sine peut être établi à cette date. Du point de vue asséculoologique, l'incapacité de travail (totale) en relation avec l'accident du genou D du 17.08.2013 est donc à la charge de la Suva jusqu'à la date de l'arthroscopie du genou D du 04.09.2013. Cette arthroscopie n'est par contre pas en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 17.08.2013 et l'incapacité de travail en relation avec la symptomatologie du genou D suite à cette intervention non plus. Depuis l'intervention et jusqu'à l'examen à l'agence du 05.06.2014, l'incapacité de travail de l'assuré était totale dans son activité habituelle, en raison de la symptomatologie que présentait l'assuré aussi bien au niveau de son genou G qu'au niveau de son genou D. Chaque genou était responsable à parts égales de l'IT (50 %), puisque chaque genou nécessitait une IT de 100 %, même si le genou G paraissait plus douloureux que le genou D. A partir de l'examen à l'agence du 05.06.2014 la CT de l'assuré était totale dans une activité respectant les limitations fonctionnelles déterminées lors de cet examen. Ces limitations fonctionnelles étaient les mêmes pour le genou G et pour le genou D, même si la symptomatologie du genou G semblait plus importante que celle du genou D. Ces limitations fonctionnelles d'une activité professionnelle adaptée seraient du reste les mêmes si M. V. \_\_\_\_\_ ne souffrait que d'un genou, que ce soit le D ou le G (cf. appréciation du 22.06.2015). Le traitement à la charge de la Suva, en relation avec les lésions au niveau du genou G, reste le même que celui qui avait été déterminé lors de l'examen à l'agence du 05.06.2014, si ce n'est qu'il ne concerne que les prescriptions pour le genou G ».

- 10 - Le Dr K. \_\_\_\_\_ a pris position comme suit le 22 juin 2015 sur les effets de cette réévaluation du degré d'arthrose en ce qui concerne les limitations fonctionnelles : « Le fait qu'au niveau du genou G, le patient présente radiologiquement une gonarthrose tricompartmentale sévère au niveau du compartiment interne, ne modifie en rien les limitations fonctionnelles que j'avais retenues pour une activité professionnelle dans laquelle l'assuré a une capacité de travail totale. En effet, les limitations fonctionnelles que

j'avais retenues étai[en]t des limitations fonctionnelles [en] relation avec l'examen clinique que je venais d'effectuer et qui avait objectivement mis en évidence un genou G paraissant sec, avec une flexion limitée à 95° et une extension complète. Cet examen clinique objectif justifiait, malgré la discordance manifeste entre cet examen et les plaintes arguées par le patient, des limitations fonctionnelles correspondant à celles d'un patient souffrant d'une gonarthrose tricompartmentale sévère en particulier en raison de la limitation de flexion de ce genou. » Le même 22 juin 2015, le Dr K. \_\_\_\_\_ est revenu sur son appréciation du 5 juin 2014 concernant l'IPAI et a déclaré que l'assuré avait droit à une IPAI de 20 % pour les motifs suivants : « Une gonarthrose tricompartmentale sévère au niveau du compartiment interne ouvre un droit à une IPAI de 30 % selon la table 5 des barèmes d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA, table concernant les atteintes à l'intégrité résultant d'arthrose. Ceci dit, lors de l'accident du 11.01.2010, le genou G de l'assuré présentait déjà une gonarthrose moyenne comme en atteste le bilan RX du 11.01.2010 au PACS. Cette gonarthrose moyenne correspond à un taux d'IPAI de 10 %. Il faut soustraire ce taux de 10 % correspondant à l'état arthrosique du genou G lors de l'accident, à l'IPAI due à une gonarthrose tricompartmentale sévère au niveau du compartiment interne, étant donné que le développement de l'arthrose en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident nous concernant ne concerne que celui de gonarthrose moyenne à celui de gonarthrose tricompartmentale sévère au niveau du compartiment interne. L'accident du genou G de V. \_\_\_\_\_ et ses séquelles ouvrent donc le droit à une IPAI de 30 %-10 % = 20 % ». d) Par décision du 19 août 2015, la CNA a reconsidéré son avis de prise en charge de l'incapacité de travail à 50% et du traitement médical relatif aux atteintes au genou droit de l'assuré. Elle a indiqué que selon l'appréciation médicale, les troubles constatés par le Dr Z. \_\_\_\_\_ n'étaient pas en relation de causalité avec l'événement de 2013 mais

- 11 - constituaient les suites de l'accident de 2008. Par conséquent, l'ensemble des frais devaient être assumés par U. \_\_\_\_\_. Le 24 août 2015, l'assuré a formé opposition contre la décision du 19 août 2015. e) Le 12 janvier 2016, l'assuré a été examiné, à la demande d'U. \_\_\_\_\_, par le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, en lien avec l'événement du 6 octobre 2008. Le rapport d'expertise du 7 février 2016 contient notamment ce qui suit : « 5. DIAGNOSTICS ORTHOPEDIQUES - Status plus de 7 ans après probable entorse du genou droit et possible lésion d'accompagnement du bord libre de la corne postérieure du ménisque interne, de faible envergure. - Status 2 ans et ½ après probable entorse du genou droit, d'allure bénigne. - Status 2 ans et ½ après toilette articulaire (méniscale interne et chondrale) du genou droit. - Status 1 an après ostéotomie de valgisation par addition interne du tibia droit. - Status 6 mois après arthroscopie du genou droit pour toilette ménisco-chondrale. - Gonarthrose interne grade IV et fémoro-patellaire modérée du genou droit. - Status 6 ans après probable entorse/contusion du genou gauche. - Status 6 ans après arthroscopie du genou gauche pour bi- ménisectomie et toilette chondrale. - Status 5 ans et ½ après ostéomie de valgisation (par soustraction externe) du tibia proximal gauche. - Status 2 ans et ½ après arthroscopie du genou gauche pour toilette ménisco-chondrale, compliquée d'une arthrite septique. - Status après 3 arthroscopies pour drainage (dans le cadre de l'arthrite) du genou gauche.

- 12 - - Gonarthrose fémoro-tibiale interne grade IV, et fémoro- patellaire modérée du genou gauche. 6. APPRECIATION DU CAS L'essentiel de l'histoire de ce patient a été étayé plus haut. Le 6 octobre 2008, il fut donc victime d'une entorse de son genou droit, avec lésion partielle (grade II) de son ligament latéral interne. Le bilan radiologique

(radiographies + IRM) a mis en évidence, en dehors de la lésion du LLI, des stigmates d'une arthropathie dégénérative, caractérisée en particulier par un début de pincement du compartiment interne, élément qui suggère une évolution de cette pathologie depuis plusieurs mois, voire de quelques années. L'IRM a également montré une fine lésion méniscale postéro-interne. Elle intéressait le bord libre du ménisque, région qui a un rôle biomécanique dérisoire. Le reste du ménisque s'est avéré malade, montrant une dégénérescence centrale avancée (méniscopathie grade II), accompagnant en réalité l'usure globale du compartiment fémoro-tibial en question. Le traitement fut conservateur. L'évolution fut rapidement favorable, avec une fin de traitement, et des symptômes, après 3 mois. Il s'agit d'un délai habituel (qui se situe généralement entre 3 et 6 mois) pour la restauration d'une fonction articulaire, en l'occurrence du genou) après une lésion ligamentaire périphérique de degré modéré (grade II ou déchirure partielle). Ce genou est ensuite resté silencieux jusqu'à l'événement du 17 août 2013, dans le sens où le patient n'avait aucune gêne (pas de crochets ou de douleurs internes), alors qu'il avait repris ses activités sportives usuelles. Le caractère silencieux de ce genou est révélé ce jour par le patient. Il fut supputé à la lecture des divers rapports médicaux, ceux établis entre 2009 et le début 2013, relatifs au suivi du genou controlatéral, et qui n'ont fait état d'aucune gêne du genou droit, voire d'aucune limitation fonctionnelle. Ce scénario n'a rien d'étonnant. Comme cité plus haut, l'événement qui nous concerne fut à l'origine d'une lésion ligamentaire qui a guéri, sans laisser des séquelles anatomiques probants, ni fonctionnels. Quant à la lésion méniscale postéro-interne de surface, son implication dans le devenir du genou reste à évaluer. Peut-être qu'elle fut générée par l'événement du 6 octobre 2008. Peut-être qu'elle était préexistante, rentrant dans le cadre d'un ménisque globalement fragilisé, déjà fatigué. Mais là n'est pas la question.

- 13 - Il existe plusieurs études lyonnaises, publiées ces dernières décennies (dont le soussigné avait eu l'honneur d'y participer à l'une d'elle) qui traitent de l'importance des lésions méniscales dans la dégradation d'un genou, en particulier du genou arthrosique. Je fais aussi référence à la récente étude multicentrique, présentée au dernier congrès de la SOFCOT (société française de chirurgie orthopédique-traumatologique). Pour leur vaste majorité, les lésions méniscales sont la conséquence, mais aussi un des facteurs d'aggravation, d'une arthropathie dégénérative. Pour qu'une lésion méniscale, qu'elle soit d'origine traumatique ou atraumatique (c'est à dire ne résultant pas d'un seul et unique traumatisme), puisse toutefois influencer significativement dans le devenir d'un genou, il faut qu'elle ait une certaine envergure. Plus encore, il faut une perte d'un volume corporel significatif, générant une modification substantielle ou drastique de la biomécanique, et par là même de la charge à un endroit précis du genou, pour que l'arthrose soit catalysée (peut-être même initiée) par une lésion méniscale. Une petite déchirure du bord libre d'un ménisque, alors que le corps (celui qui subit l'essentiel voire la totalité des charges) reste entier (donc sans lésion de surface), n'altère pas significativement la biomécanique du genou. A moins que cette lésion méniscale ne s'aggrave avec le temps, s'étendant vers le corps du ménisque, générant une ou plusieurs languettes volumineuses, qui peuvent, en raison de leur fausse mobilité, léser le cartilage du voisinage, mais aussi être à l'origine d'une modification des vecteurs de force lors de la charge sur ledit cartilage. Pour mieux comprendre, il faut signaler que la régularisation d'un bord méniscal effrité, ou effiloché, est un geste fréquemment effectué lors d'arthroscopies pour toutes causes. Il s'agit même très souvent d'un geste fait « au passage ». On n'a jamais prouvé que ce geste, geste de toilette, puisse être délétère pour le genou. Un geste similaire a été réalisé par le Dr

Z.\_\_\_\_\_ lors de l'arthroscopie du 4 septembre 2013. La situation est différente lorsqu'on ôte le ¼ ou le 1/3 d'un ménisque (ou lorsqu'on ne traite pas chirurgicalement des lésions de même envergure). La biomécanique se trouve suffisamment altérée pour qu'un bon pourcentage (30-40% pour les méniscectomies postéro- internes) des cas développe une arthrose du compartiment concerné, à long terme. Bien entendu, ce taux se majore si l'étendue de la lésion ou de la résection croît. Dans le cas de V.\_\_\_\_\_, l'origine de la lésion du bord libre de la corne postérieure du ménisque interne est incertaine. Ceci étant, même s'il y a une infime possibilité que cette lésion ait fait suite au traumatisme subit le 6 octobre 2008, ladite lésion ne fut très clairement pas susceptible de modifier durablement le cursus dégénératif du genou (qui avait débuté bien avant l'événement en question).

- 14 - Cette lésion méniscale de surface est restée petite (touchant 1/6ème de sa largeur, zone où l'amortissement est pour ainsi dire infiniment petit, voire nul). Ceci fut objectivé lors de l'arthroscopie réalisée en 2013. Enfin, si cette lésion s'était rapidement aggravée ou étendue, on aurait assisté, chez une personne sportive, qui mettait considérablement à contribution ses genoux, à un contexte clinique quelque peu bruyant. A titre comparatif, je rappelle le cursus du genou controlatéral, genou symptomatique dès la fin de l'adolescence et pour lequel on avait diagnostiqué une lésion méniscale d'envergure ! En conclusion, et en pondérant l'ensemble des éléments précités, l'événement survenu le 6 octobre 2008 a (et aurait dû) cessé de déployer ses effets après un délai de 3 mois (maximum 6 mois). La lésion du LLI a guéri. Quant à la très petite lésion du bord libre du ménisque interne, d'origine incertaine, mais sans répercussion biomécanique significative, elle n'a pas eu d'implication dans l'usure ultérieure de ce genou. Après ce délai de 6 mois, ledit cursus fut manifestement régi par le potentiel évolutif de l'arthrose déjà en cours.

#### ----- REPONSE AUX QUESTIONS 1.

Anamnèse : Cf. point 1 du texte. 2. Plaintes de l'assuré ? : Cf. point 1 du texte. 3. Quelles sont vos constatations ? : Cf. points 3 et 4 du texte. 4. Quel diagnostic posez-vous ? : Cf. point 5 du texte. 5. Etat antérieur ? : Gonarthrose. 6. Lien de causalité naturelle... vraisemblance prépondérante ou seulement de façon possible... maladie, état préexistant... status quoi ante/sine... ? : Un lien de causalité naturel entre, l'événement survenu le 6 octobre 2008 et, les plaintes/troubles constatés ce jour au genou droit, paraît hautement, voire très hautement, invraisemblable. L'événement en question fut responsable d'une entorse grade II du ligament latéral interne du genou droit. Il a aussi permis de mettre en évidence une arthropathie dégénérative déjà entamée. Le même événement fut peut-être à l'origine d'une fine déchirure du bord libre de la corne postérieure du ménisque interne, déchirure qui peut tout autant origine dégénérative, sans que nous ayons des éléments probants suggérant que cette lésion ait joué un quelconque rôle dans l'évolution dégénérative ultérieure du genou.

- 15 - Pour la seule lésion ligamentaire traumatique évoquée, celle du LLI, sans complication avérée, le délai d'atteinte du status quo ante/sine n'aurait pas dû dépasser 3 à 6 mois. Ce délai correspond d'ailleurs, dans le cas présent, à la cessation de toute plainte y relative. 7. Incapacité de travail... ? : Aucune IT, relative à l'événement du 6 octobre 2008, n'était admissible au-delà du délai d'atteinte du status quo ante/sine (3 à 6 mois, c'est à dire au plus tard à l'échéance du premier trimestre 2009) 8. Traitement médical... ? : Aucun traitement médical, relatif à l'événement du 6 octobre 2008, n'était justifié après le délai d'atteinte du status quo ante/sine. 9. Atteinte à l'intégrité... en relation avec l'événement du 6 octobre 2008... ? : En l'absence d'une lésion anatomique macroscopique, émanant

clairement de l'événement du 6 octobre 2008, lésion susceptible de surcroît de générer des troubles fonctionnels significatifs et durables, aucune indemnisation y relative n'est due. 10. Pronostic, proposition, remarques : - ». - Le 2 mars 2016, le Dr K. \_\_\_\_\_ a pris position sur l'expertise S. \_\_\_\_\_, dans les termes suivants : « Appréciation Dans mon appréciation du 22.06.2015, j'avais parfaitement démontré que l'accident du 17.08.2013 n'avait entraîné aucune lésion structurelle et que cet accident ne déployait donc plus d'effet lors de l'arthroscopie du 04.09.2013. Dans son expertise du 07.02.2016, le Dr S. \_\_\_\_\_ estime que l'accident du 06.10.20108 ne déployait quant à lui plus d'effet 6 mois plus tard. Ces arguments sont pertinents et ses conclusions tout-à-fait plausibles. Il n'en reste pas moins que l'expertise du Dr S. \_\_\_\_\_ démontre parfaitement que l'accident du 17.08.2013 n'a entraîné aucune lésion structurelle. En effet, le Dr S. \_\_\_\_\_ démontre que, lors de l'arthroscopie du 04.09.2013, la seule lésion qui aurait éventuellement pu être mise en relation avec un traumatisme était la lésion méniscale connue depuis 2008. Si l'on se rallie à l'avis du Dr S. \_\_\_\_\_ et que l'on accepte un statu quo sine 6 mois après l'accident du 06.10.2008, l'arthroscopie du

- 16 - genou D du 04.09.2013 et l'état actuel du genou D ne peuvent être mis en relation de causalité pour le moins probable qu'avec les troubles dégénératifs du genou D de l'assuré. En tout état de cause, l'arthroscopie du 04.09.2013 ne peut pas être mise en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 17.08.2013, cet accident n'ayant une fois de plus, et ce de façon certaine, entraîné aucune lésion structurelle. L'arthroscopie du 04.09.2013 était par contre en relation de causalité pour le moins probable avec un état antérieur (gonarthrose). L'accident du 17.08.2013 n'a pu que décompenser cet état antérieur que sur une courte période. En effet, il ressort clairement de mon appréciation du 22.06.2015 et de l'expertise du Dr S. \_\_\_\_\_ que le traumatisme du genou D n'a été qu'un traumatisme mineur, n'ayant pas motivé de consultation en urgence (gonalgies tolérables), et n'ayant pas entraîné de tuméfaction de ce genou. Enfin, l'arthroscopie du genou D du 04.09.2013 n'a montré aucun signe inflammatoire (pas d'épanchement intra-articulaire). L'accident du 17.08.2013 ne déployait donc probablement plus d'effet lors de cette arthroscopie et un statu quo sine peut être établi à cette date ». Par décision du 12 mai 2016, U. \_\_\_\_\_ a nié tout lien de causalité entre l'accident du 6 octobre 2008 et l'intervention du 4 septembre 2013. Elle s'est fondée sur l'expertise du Dr S. \_\_\_\_\_, qui concluait que les troubles actuellement constatés n'étaient pas en rapport avec l'accident du 6 octobre 2008. Elle a fixé un terme au droit aux prestations au 31 mars 2009, considérant qu'à partir du 1er avril 2009 au plus tard, l'évolution irréversible de l'état antérieur aurait conduit au même résultat. f) Par décision du 25 mai 2016, la CNA, Agence de D. \_\_\_\_\_, a clos le cas au 19 août 2013 concernant les suites de l'accident du 17 août 2013 relatif au genou droit, refusant tout droit à d'autres prestations d'assurance et mettant fin au versement de celles qui avaient été perçues jusqu'alors. Elle a considéré, se fondant sur l'expertise du Dr S. \_\_\_\_\_, ainsi que l'avis du Dr K. \_\_\_\_\_ du 2 mars 2013, que les troubles actuellement constatés n'étaient plus en rapport avec l'événement du 17 août 2013, l'entorse du genou droit ayant été qualifiée de bénigne et une arthropathie dégénérative préexistante ayant été mise en évidence. Selon la CNA, il ressortait de l'expertise que l'événement du 6 octobre 2008 avait entraîné une aggravation passagère d'un état antérieur dont la durée avait été fixée entre trois et six mois. La CNA a considéré que les

- 17 - troubles qui subsistaient alors n'étaient plus dus à l'accident mais exclusivement de nature malade. Elle a ainsi considéré que l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident

du 17 août 2013 aurait pu être considéré comme atteint le 19 août 2013 au plus tard, soit deux jours après l'accident du 17 août 2013. L'assuré a formé opposition à la décision précitée le 20 juin 2016. g) Dans un rapport du 22 septembre 2016 répondant aux questions du conseil de l'assuré, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a déclaré qu'étant donné la présence concomitante d'une lésion méniscale et de troubles dégénératifs du genou droit, on devait admettre que la symptomatologie douloureuse était plus liée à ses troubles dégénératifs. Concernant le genou gauche, il a relevé qu'il persistait des troubles dégénératifs importants qui entraînaient une symptomatologie douloureuse à chaque pas, précisant que l'assuré pourrait bénéficier de la mise en place d'une prothèse totale du genou gauche. Le 8 décembre 2016, la CNA a informé l'assuré qu'elle allait mettre fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 janvier 2017, puisque l'assuré n'avait plus besoin de traitement pour son genou gauche. Elle a également indiqué que l'intéressé aurait droit à une rente d'invalidité pour les séquelles de l'accident du 11 janvier 2010 à partir de la date de la clôture du cas et qu'il bénéficierait du droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Dans un rapport du 22 décembre 2016, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a répondu aux questions posées par le conseil de l'assuré le 20 décembre 2016 et a notamment confirmé qu'il partageait l'appréciation médicale du Dr K. \_\_\_\_\_ selon laquelle l'état du genou gauche de l'intéressé ne nécessitait plus de traitement médical, hormis la mise en place d'une prothèse totale de genou. A la question de savoir quels seraient les traitements ou interventions à préconiser s'il devait estimer que la situation médicale du genou gauche n'était pas encore stabilisée, le Dr

- 18 - Z. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré devrait bénéficier de la mise en place d'une prothèse totale du genou gauche une fois que le problème de son genou droit serait résolu. De l'avis du Dr Z. \_\_\_\_\_, en tenant compte exclusivement des seules séquelles accidentelles du genou gauche, à l'exclusion du genou droit, une activité professionnelle adaptée – aux limitations du genou gauche – permettant l'alternance des positions assise – debout, sans déplacement au-delà de 500 mètres et sans port de charges, permettrait d'envisager une capacité de travail probablement de 50%. h) Par décision du 5 janvier 2017, la CNA, Division prestations d'assurances, - confirmant son projet du 8 décembre 2016 - a accordé à l'assuré, pour les séquelles de l'accident du 11 janvier 2010, une rente d'invalidité fondée sur une incapacité de gain de 22 %. Une activité conforme aux limitations fonctionnelles permettrait de réaliser un revenu de 59'232 fr. La décision a nié le lien de causalité adéquate entre les troubles psychogènes et l'accident du 11 janvier 2010. Par ailleurs, la CNA a accordé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25'200 fr. pour une diminution de l'intégrité de 20 %. Tenant compte de l'exigibilité formulée par le Dr K. \_\_\_\_\_, la division Prestations d'assurance de la CNA a consigné au dossier des rapports d'enquêtes économiques, référencés sous n° DPT (description de poste de travail) 3305, 5828, 10523, 2135 et 8452, de telles places de travail mettant en évidence un gain réalisable moyen annuel de 59'232 francs (cf. Feuilles d'enregistrement DPT indexées par la CNA le 23 août 2017). Le 10 janvier 2017, l'assuré a déposé une opposition sommaire à l'encontre de la décision du 5 janvier 2017, qu'il a complétée le 24 mars 2017 en invoquant notamment le fait qu'il devrait bénéficier de la mise en place d'une prothèse totale du genou gauche une fois que le problème du genou droit sera résolu.

- 19 - Par courrier du 26 janvier 2017, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a répondu aux questions posées par le conseil de l'assuré (cf. courrier du 24 janvier 2017). A la question de savoir si l'intéressé, compte tenu des seules séquelles au niveau du genou gauche, serait en mesure de maintenir

une position assise de longue durée, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a répondu que tel n'était actuellement pas le cas, précisant que la situation pourrait être différente le jour où il aurait été opéré du genou gauche avec mise en place d'une prothèse totale. A celle de savoir si l'assuré serait en mesure de maintenir une position assise de longue durée en face d'un établi, dans une chaîne de production, voire comme téléphoniste, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a indiqué que non, soulignant qu'en position assise prolongée, l'intéressé présentait des douleurs au genou qui l'obligeaient à se lever et à se déplacer pour « dérouiller » son genou. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ a également mentionné qu'en cas d'exercice d'une activité de longue durée dans une position assise, l'assuré devrait changer de position dans des intervalles de trente à soixante minutes. Le 3 mars 2017, l'assuré a été opéré pour la pose d'une prothèse totale du genou droit. Selon le Dr Z.\_\_\_\_\_, l'opération du genou gauche pourrait être agendée à partir du mois de juin ou de juillet 2017, en fonction de l'évolution du genou droit. Le 12 mars 2017, une expertise privée a été réalisée par le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, à la demande de l'assuré. Elle arrivait notamment aux conclusions suivantes : « Conclusions et diagnostics : Actuellement, V.\_\_\_\_\_ souffre d'une gonarthrose tricompartimentale sévère, bilatérale, réfractaire au traitement antalgique. Cette situation, bien qu'évolutive (vers une péjoration) est présente depuis des années. Réponses aux questions spécifiques de Me David Métille : [...] 6. Le patient présente une arthrose de son genou D depuis plusieurs années. Le traumatisme bénin de 2008 et le bilan IRM effectué alors a objectivé une chondropathie de stade III sur le compartiment fémoro-tibial interne du genou D. Le nouveau traumatisme de 2013

- 20 - décompense à mon sens une situation pré-existante. Aucune lésion traumatique claire et indiscutable n'est objectivée à cette occasion. 7. Non. Le bilan IRM d'octobre 2008 met en évidence des troubles dégénératifs. À ce moment, l'atteinte correspond déjà à un processus qui se poursuit depuis des mois, voir[e] des années. La symptomatologie douloureuse de V.\_\_\_\_\_ me paraît typique d'une décompensation douloureuse d'arthrose déclenchée par un traumatisme. L'arthrose qui cause les douleurs n'est pas elle secondaire que ce soit au traumatisme de 2008 ou au traumatisme de 2013. 8. Le traumatisme en lui-même ne produit des effets que sur une courte durée, comme exprimé plus haut. Au-delà de deux semaines, la persistance de la symptomatologie douloureuse est due à la décompensation de l'arthrose pré-existante. 9. La gonarthrose invalidante D de V.\_\_\_\_\_ n'est pas post- traumatique. Conclusion : V.\_\_\_\_\_ souffre d'une gonarthrose D sévère, invalidante. Cependant, aucun élément du dossier ne permet d'établir un lien de causalité avec les traumatismes mineurs subis par le patient le 6 octobre 2008 et le 17 août 2013. Les troubles dégénératifs (arthrose) étaient déjà présents sur l'IRM du mois d'octobre 2008. Ceux-ci mettent des mois à des années à prendre la forme présente alors et sont donc antérieur au[x] deux événements. La situation actuelle correspond vraisemblablement à l'évolution « naturelle » de ceux-ci sur presque 10 ans ». Dans une appréciation médicale du 10 avril 2017, réceptionnée et indexée par la CNA le 1er mai 2017, la Dresse L.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA a retenu ce qui suit : « Appréciation Le 02.03.2016, le Dr K.\_\_\_\_\_ a retenu que l'événement du 17.08.2013 avait cessé de déployer ses effets au plus tard lors de l'arthroscopie du 04.09.2013. À la faveur de ses conclusions, il s'était basé sur l'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_ effectuée le 07.02.2016 et qui retenait que les troubles dégénératifs du genou D de l'assuré étaient présents lors de l'événement du 17.08.2013, et que celui-ci n'avait entraîné aucune lésion structurelle susceptible d'entraîner des lésions durables ou d'avoir entraîné l'indication à

une arthroscopie qui a été réalisée le 04.09.2013. Le Dr B. \_\_\_\_\_, qui a effectué une expertise privée pour le compte de l'assuré, a retenu que ce dernier présentait une gonarthrose tricompartmentale sévère bilatérale, évolutive, allant dans le sens d'une péjoration et présente depuis des années. Pour l'expert, il s'agit d'une évolution naturelle liée à l'âge et qui ne peut être mise

- 21 - en relation avec les traumatismes mineurs subis par l'assuré, soit le 06.10.2008, soit le 17.08.2013. Quant au Dr Z. \_\_\_\_\_, il précise que l'assuré doit bénéficier d'une prothèse totale du genou G, une fois la problématique du genou D résolue. Comme l'affirment tant le Dr S. \_\_\_\_\_ que le Dr B. \_\_\_\_\_, l'assuré présente des troubles dégénératifs qui sont sans relation aucune avec l'événement du 17.08.2013. Celui-ci avait amplement cessé de déployer ses effets puisqu'il n'a entraîné aucune lésion structurelle majeure, au plus tard avant l'arthroscopie du 04.09.2013. Par conséquent, les experts, tant le Dr S. \_\_\_\_\_ que le Dr B. \_\_\_\_\_, ne retiennent de lien de causalité probable entre l'événement du 17.08.2013 et les troubles actuellement présentés par l'assuré. Comme le retient le Dr B. \_\_\_\_\_, les troubles dégénératifs sont antérieurs à l'événement du 17.08.2013 et même à celui d'octobre 2008, puisqu'ils étaient présents lors d'une IRM effectuée en octobre 2008. Par conséquent, nous pouvons retenir que tant l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ que le rapport du Dr Z. \_\_\_\_\_ n'apporte aucun élément nouveau qui pourrait modifier les conclusions de l'appréciation médicale du 02.03.2016 ». Le 12 juillet 2017, l'avocat de l'assuré a informé la CNA que la date de l'intervention en vue de la pose d'une prothèse au niveau du genou gauche avait été repoussée au 12 septembre 2017, date à laquelle l'opération a finalement eu lieu (cf. protocole opératoire du 13 septembre 2017 du Dr Z. \_\_\_\_\_). i) Le 24 août 2017, la CNA a rendu une décision sur les oppositions formées, d'une part, contre la décision du 25 mai 2016 de la CNA, Agence de Lausanne et, d'autre part, contre celle du 5 janvier 2017 de la Division Prestations d'assurance, allouant à l'assuré une rente d'invalidité sur la base d'un taux de 22% et une IPAI de 20%. Elle a partiellement admis l'opposition contre la décision du 25 mai 2016 dans le sens que le versement des prestations en espèces devait être poursuivi jusqu'au 3 septembre 2013 au soir. Elle a en substance considéré que les appréciations médicales figurant au dossier, y compris celles des Drs K. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_, démontraient que l'assuré souffrait de lésions d'origine dégénérative au genou droit, mais que l'accident du 17 août 2013 avait tout de même justifié une incapacité de travail allant au plus

- 22 - jusqu'à la veille de l'opération du 4 septembre 2013. La CNA a en revanche confirmé la décision du 5 janvier 2017, retenant qu'il n'existait au 31 janvier 2017, voire bien avant, pas de mesures thérapeutiques propres à améliorer notablement le genou gauche de l'assuré, précisant que la pose d'une prothèse dans le cas particulier n'avait pas nécessairement d'impact sur l'exigibilité ainsi que l'avait confirmé le médecin d'arrondissement. Aussi, le fait que la mise en place d'une prothèse ait été finalement décidée pour le mois de septembre 2017 ne saurait-il faire admettre, a posteriori, que la stabilisation n'était pas acquise au moment de la clôture du cas. Elle a toutefois admis qu'il était difficile de concevoir que l'assuré puisse exercer le métier de réceptionniste/téléphoniste tel que décrit dans la DPT n° 10523. Elle a, en remplacement, versé au dossier la DPT n° 1492 « ouvrier de montage », de sorte que le gain réalisable moyen annuel était de 59'798 fr., conduisant à un taux d'invalidité inchangé de 22 %. La CNA a en outre fait savoir que les critiques formulées à l'encontre du choix des DPT étaient infondées, les postes choisis étant des emplois légers privilégiant la position assise et permettant l'aménagement de pauses. B. Par

acte du 26 septembre 2017, V. \_\_\_\_\_, représenté par Me David Métille, a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme, en ce sens que le versement des indemnités journalières soit poursuivi à partir du 1er février 2017 en raison de l'absence de stabilisation de son état de santé et qu'une rente d'invalidité d'un taux d'au moins 30% lui soit octroyée une fois son état de santé stabilisé. Subsidiairement, il conclut à la mise en œuvre d'une expertise orthopédique et plus subsidiairement au renvoi de la cause à la CNA pour qu'elle procède elle-même à une telle expertise. Sur le fond, le recourant fait valoir en premier lieu que la situation médicale n'était pas stabilisée au moment de la décision d'octroi de la rente, en se fondant sur les rapports médicaux du Dr Z. \_\_\_\_\_ des 22 décembre 2016 et 26 janvier 2017. En second lieu, il allègue que les différentes DPT à la base de la fixation de la rente d'invalidité ne respectent pas les exigences de la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de compatibilité au profil

- 23 - personnel, respectivement à son état de santé. Il demande que le taux d'invalidité soit fixé au moyen des salaires statistiques, en tant compte d'un abattement de 20 %. Dans sa réponse du 29 novembre 2017, l'intimée conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition litigieuse. Elle relève notamment que l'état de santé du recourant doit être considéré comme stabilisé en date du 8 décembre 2016, la mise en place d'une prothèse totale de genou gauche n'étant pas envisagée à cette date, le principe d'une telle intervention ayant été évoqué en mars 2017 et le seul traitement ayant consisté en séance de physiothérapie, prise d'antalgiques et anti-inflammatoires. S'agissant du taux d'invalidité, l'intimée considère que la DPT n° 2135 ne contrevient en rien aux limitations fonctionnelles retenues. Pour le surplus, elle allègue que la méthode des DPT réalisées est parfaitement conforme aux exigences jurisprudentielles et confirme le revenu d'invalidité retenu de 59'232 francs. L'intimée fait en outre valoir que la méthode de l'ESS ne serait pas plus favorable au recourant. Répliquant le 10 janvier 2018, le recourant confirme ses conclusions. Il relève des contradictions dans les appréciations du Dr K. \_\_\_\_\_ et critique le fait que ce dernier ne l'avait pas vu depuis deux ans. Il produit à l'appui de sa réplique un courrier du Dr Z. \_\_\_\_\_ du 24 novembre 2017, répondant aux questions formulées par Me Métille, selon lequel les lésions constatées sont en relation de causalité naturelle avec l'accident dont il a été victime le 11 janvier 2010 et indiquant que la situation au niveau du genou gauche n'était pas stabilisée au moment de l'intervention du 13 septembre 2017. Dans sa duplique du 29 janvier 2018, l'intimée confirme ses conclusions. Elle fait valoir que les appréciations du Dr K. \_\_\_\_\_ doivent se voir reconnaître pleine valeur probante et qu'il n'y a pas lieu de tenir compte de l'appréciation du Dr Z. \_\_\_\_\_ compte tenu de sa transmission tardive.

- 24 - 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 ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige

porte, d'une part, sur le versement d'indemnités journalières au-delà du 31 janvier 2017 et, d'autre part, sur le montant de la rente d'invalidité, en lien avec les atteintes au genou gauche. 3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurances sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'art. 4 LPGA définit l'accident comme toute atteinte dommageable soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. b) Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il

- 25 - faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références citées). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.2). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 3e éd., Bâle 2016, n° 104 p. 929). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3).

- 26 - Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; TF 8C\_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.2 et les références citées ; TF 8C\_354/2007 du 4 août 2008 consid. 2.2). c) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et

les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (TF 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; TF 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C\_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2). Lorsque des douleurs apparaissent consécutivement à un accident et qu'il faut partir de l'hypothèse que l'accident a seulement activé un état dégénératif (auparavant muet) sans l'avoir causé, l'assureur est tenu de fournir les prestations pour le syndrome douloureux directement en lien avec l'accident aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli (TF 8C\_816/2009 du 21 mai 2010 consid. 4.3) même si l'atteinte à la santé est en très grande partie la conséquence d'une maladie (TF 8C\_423/2012 du 26 février 2013 consid. 5.4). Il en va

- 27 - différemment, si l'accident est uniquement une cause occasionnelle ou une cause aléatoire qui a rendu manifeste un risque actuel dont la réalisation devait être escomptée en tout temps, sans que l'accident ait une portée propre dans le cadre du rapport entre la cause et l'effet (TF 8C\_380/2011 du 20 octobre 2011 consid. 4.2.1). Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références citées). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TFA [Tribunal fédéral des assurances] U 172/06 du 10 mai 2007 consid. 6.2 et les références citées). 4. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et 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). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au

- 28 - traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). 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 (TF 8C\_1023/2008 du 1er décembre 2009 consid. 5.1 et 5.2 avec la jurisprudence citée). L'art. 19 al. 1 LAA délimite temporellement le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (TFA U 391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a). Par amélioration sensible de l'état de santé, il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et les références citées). L'utilisation du terme "sensible" par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3). En particulier, il n'y a pas amélioration sensible si une mesure thérapeutique ne peut que soulager pour un temps limité les plaintes liées à une atteinte à la santé qui est stabilisée (TFA U 244/04 consid. 3.1). L'évolution de l'état de santé de la personne assurée doit être établie avec une vraisemblance prépondérante sur la base d'un pronostic et non sur la base de constatations rétrospectives (TFA U 244/04 consid. 3.1 avec références citées ; TF 8C\_29/2010 du 27 mai 2010 consid. 4.2). La poursuite d'un traitement médical amenant une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré avec effet sur la capacité de travail n'empêche la clôture du cas que si le traitement portait sur une atteinte à la santé qui était en lien de causalité avec l'accident assuré (TF 8C\_327/2010 du 22 juillet 2010 consid. 4.2). Selon la jurisprudence, l'assureur-accident peut nier le rapport de causalité et cesser "ex nunc et pro futuro" les prestations malgré l'octroi antérieur du traitement et d'indemnités journalières sans devoir se fonder sur un motif de réexamen ou de révision (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1), sauf lorsque la restitution de prestations payées est requise (ATF 133 V 57 consid. 6.8 ; TF 8C\_714/2009 du 14 avril 2010 consid. 4.2). 5. a) En l'espèce, la décision sur opposition litigieuse du 24 août 2017 traite conjointement deux problématiques distinctes.

- 29 - D'une part, elle statue sur l'opposition à la décision du 25 mai 2016 de la CNA mettant un terme aux prestations d'assurance au 19 août 2013 dans le cadre de l'accident du 17 août 2013 (sinistre n° [...]) et l'admet partiellement, en ce sens qu'il est mis un terme aux prestations au 3 septembre 2013, vu l'expertise du Dr N. \_\_\_\_\_ et les appréciations des Drs K. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_. Il convient à ce stade de préciser que l'arthroscopie du genou droit effectuée le 4 septembre 2013 par le Dr Z. \_\_\_\_\_, a été prise en charge à bien plaisir par la CNA, car elle a eu lieu en même temps que l'arthroscopie du genou gauche, consécutive à l'accident du 11 janvier 2010 (sinistre n° [...]). D'autre part, la décision sur opposition querellée statue sur l'opposition à la décision de la CNA du 5 janvier 2017 allouant au recourant une rente d'invalidité de 22% et une IPAI de 20% pour les séquelles de l'accident du 11 janvier 2010 (sinistre n° 08.80045.10.5) et en confirme la teneur, étant précisé que le montant de l'IPAI n'était pas contesté par l'assuré. b) Dans son recours, l'assuré conteste la stabilisation médicale de ses troubles au genou gauche au 8 décembre 2016 et le montant de la rente d'invalidité. Il sollicite la reprise du versement des indemnités journalières et une rente d'invalidité de 30% lors de la stabilisation du cas. Le recourant ne conteste en revanche pas la décision de la CNA mettant un terme au 3 septembre 2013 pour la prise en charge de l'accident du 17 août 2013 s'agissant de son genou droit (sinistre n° [...]). 6. a) A titre préliminaire, il sied de relever que la décision attaquée a admis implicitement le lien de causalité naturelle entre les troubles du genou gauche et l'événement du 11 janvier 2010. Cela correspond à l'appréciation du Dr

K. \_\_\_\_\_ du 22 juin 2015 qui évaluait le lien de causalité entre le « développement de l'arthrose » du genou gauche et l'accident du 11 janvier 2010 comme étant « pour le moins probable ». Cette appréciation médicale a aussi été confirmée par le Dr Z. \_\_\_\_\_ le 7 novembre 2017, celui-ci estimant que les lésions constatées étaient en relation de causalité naturelle avec l'accident du 11 janvier 2010. Ces évaluations médicales concordantes suffisent pour

- 30 - admettre le lien de causalité naturelle, même si l'accident du 11 janvier 2010 a aussi activé l'arthrose du genou gauche, c'est-à-dire un état dégénératif auparavant muet. b) S'agissant de la stabilisation de l'état de santé, l'intimée considère que ce n'est qu'en date du 24 mars 2017 que l'assuré a indiqué que la pose d'une prothèse totale au genou gauche était envisagée, sans pour autant qu'une date ne soit fixée. Pour cette raison, elle estime qu'il n'y a pas lieu de revenir sur la teneur de sa correspondance du 8 décembre 2016, fixant la stabilisation de l'état de santé du recourant, respectivement sur sa décision du 5 janvier 2017, confirmée sur opposition le 24 août 2017. Le recourant conteste le point de vue de la CNA selon laquelle celle-ci est fondée à liquider le cas au 31 janvier 2017 dès lors qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation d'un traitement médical une sensible amélioration de son état de santé, en raison de la pose d'une prothèse totale du genou, laquelle est finalement intervenue le 12 septembre 2017. La CNA intimée soutient qu'elle n'avait pas à tenir compte de cette intervention, car le 8 décembre 2016, - date à laquelle elle avait considéré que l'état de santé était stabilisé -, elle n'était pas envisagée. Cet argument n'est toutefois pas déterminant, car, tout comme le juge des assurances, l'assureur doit tenir compte de l'état de fait jusqu'au prononcé de la décision sur opposition (ATF 121 V 366 consid. 1b ; 129 V 167 consid. 1). Il s'y ajoute que la mise en œuvre de l'opération du genou gauche était envisagée depuis longtemps, mais reportée jusqu'à amélioration de la jambe droite. Certes, le Dr Z. \_\_\_\_\_ avait déclaré le 14 août 2014 qu'aucune intervention chirurgicale n'était envisagée à ce moment-là. Si toutefois l'assureur avait demandé au médecin traitant un rapport avant de statuer le 8 décembre 2016 sur la stabilisation de l'état du recourant, il aurait appris qu'une opération était encore prévue dans un avenir plus ou moins proche. Il ressort en effet du rapport du Dr Z. \_\_\_\_\_ du 22 décembre 2016 que l'état du genou gauche de l'assuré ne nécessitait plus de traitement médical, hormis la mise en place d'une prothèse totale du genou à une date encore à déterminer. La mise en place d'une telle prothèse avait en outre déjà été évoquée par le Dr

- 31 - Z. \_\_\_\_\_ le 22 septembre 2016. Le fait que l'assureur ignorait le projet de prothèse totale du genou gauche en date du 8 décembre 2016 ne saurait être déterminant. La mise en place d'une prothèse totale du genou gauche poursuivait manifestement le but de réduire les douleurs et les limitations consécutives à la gonarthrose tri-compartmentale sévère. Comme le lien de causalité entre l'événement du 11 janvier 2010 et l'aggravation de l'arthrose du genou gauche a été reconnue, la perspective d'une prothèse totale du genou gauche empêche la clôture du cas s'il y a lieu d'attendre de ce traitement une sensible amélioration de l'état du recourant permettant l'amélioration ou la récupération de sa capacité de travail. Le Dr K. \_\_\_\_\_ avait estimé le 5 juin 2014 que le recourant avait une pleine capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles. Cette évaluation reposait toutefois sur le diagnostic selon lequel il y avait un début de gonarthrose moyenne des deux côtés. De l'avis de ce praticien, la situation n'évoluait plus sensiblement et pouvait donc être estimée comme stabilisée. Or, le Dr K. \_\_\_\_\_ a modifié ultérieurement son appréciation médicale en concluant le 22 juin 2015 à une gonarthrose

tricompartimentale sévère au niveau du compartiment interne du genou gauche. Il s'est fondé à cet effet sur les examens radiologiques réalisés en avril 2014 dans le cadre du séjour de l'assuré à la Clinique D.\_\_\_\_\_. Il a estimé que ces images montraient pour le genou gauche non pas un début de gonarthrose moyenne mais une gonarthrose tricompartimentale sévère. Cette analyse a été confirmée par les expertises ultérieures. L'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_ a en effet diagnostiqué en février 2016 une gonarthrose fémoro-tibiale interne de grade IV et fémoropatellaire modérée du genou gauche; sur le bilan radiologique du jour de l'examen, le Dr S.\_\_\_\_\_ avait constaté un pincement quasi-complet du compartiment fémoro-tibial interne des deux côtés, signifiant une gonarthrose stade IV (terminale). Quant à l'expertise privée du Dr B.\_\_\_\_\_ du 12 mars 2017, elle relevait que le recourant souffrait d'une gonarthrose tricompartimentale sévère, bilatérale, réfractaire au traitement antalgique; de l'avis de l'expert, cette situation, bien qu'évolutive (vers une péjoration), était présente depuis des années.

- 32 - Dans son appréciation du 22 juin 2015, le Dr K.\_\_\_\_\_ a pris position sur les effets de la réévaluation du degré d'arthrose en ce qui concerne les limitations fonctionnelles de l'assuré. A cette date, il a soutenu que le recourant avait déjà une gonarthrose sévère du genou gauche lors de l'examen du 5 juin 2014 et que la fixation des limitations fonctionnelles sur la base de l'examen clinique en avait tenu compte même si le diagnostic posé à l'époque n'était pas correct. Dans son rapport du 5 juin 2014, le Dr K.\_\_\_\_\_ n'avait toutefois pas motivé les limitations fonctionnelles sur la base de l'examen clinique, mais uniquement sur les lésions objectivées lors des arthroscopies des genoux ainsi que sur celles objectivées sur le dernier examen radiologique effectué en avril 2014 à la Clinique D.\_\_\_\_\_, que le Dr K.\_\_\_\_\_ interprétait en juin 2014 comme un début d'arthrose moyenne. L'influence de la limitation de la flexion du genou gauche sur les limitations fonctionnelles fixées le 5 juin 2014 n'est pour le moins pas évidente. D'une part, la valeur de l'examen clinique était relativisée par l'affirmation que celui-ci était « très difficile en fonction des douleurs arguées par le patient et rendant cet examen peu contributif ». D'autre part, le Dr K.\_\_\_\_\_ avançait une discordance manifeste entre les « lésions objectivables » et les plaintes du recourant. En déclarant se fonder uniquement sur les lésions objectivées lors des arthroscopies et des examens radiologiques, ce praticien donnait plutôt l'impression de ne pas tenir compte des limitations de la flexion influencées par les plaintes du recourant. L'affirmation contraire du 22 juin 2015 donne en tout cas l'apparence d'être en contradiction avec le rapport du 5 juin 2014. Cela étant, l'évaluation du Dr K.\_\_\_\_\_ du 22 juin 2015 confirmant une pleine capacité de travail dans une activité de type sédentaire respectant les limitations fonctionnelles fixées le 5 juin 2014 ne peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. Elle ne suffit donc pas pour écarter l'appréciation du Dr Z.\_\_\_\_\_ du 26 janvier 2017 selon lequel le recourant ne pourrait pas maintenir une position assise de longue durée: en position assise prolongée, l'assuré présentait des douleurs de son genou qui l'obligeaient à se lever et à se déplacer pour « dérouiller » son genou dans des intervalles de 30 à 60 minutes.

- 33 - En outre, le rôle des douleurs a été confirmé par l'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_ qui relevait que la gonarthrose sévère bilatérale était réfractaire aux traitements antalgiques. L'évaluation du Dr Z.\_\_\_\_\_ met ainsi en doute la pleine capacité de travail du recourant dans une activité de type sédentaire avant la pose d'une prothèse totale du genou. Dans la mesure où la pose de la prothèse totale du genou a pour but d'éliminer les douleurs liées à la gonarthrose sévère, on peut admettre que ce traitement était avec une vraisemblance

prépondérante susceptible d'améliorer l'état de santé, respectivement la capacité de travail du recourant. C'est donc à tort que la CNA a confirmé, dans sa décision sur opposition du 24 août 2017, que les conditions pour mettre un terme au versement de ses prestations – soins médicaux et indemnités journalières – concernant le genou gauche étaient remplies au 31 janvier 2017. c) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir qu'il existait au 31 janvier 2017, une mesure thérapeutique propre à améliorer notablement le membre inférieur gauche, soit la prothèse totale du genou gauche. Partant, il doit être admis que le recourant a droit au traitement médical, ainsi qu'au versement d'indemnité journalière au-delà du 31 janvier 2017, à charge pour l'intimée de déterminer le moment à partir duquel l'état de santé de l'intéressé, en relation avec le genou gauche, peut être considéré comme stabilisée au sens de l'article 19 LAA, une telle stabilisation ne pouvant intervenir qu'à la suite de la pose de la prothèse du genou gauche survenue le 12 septembre 2017. 7. S'agissant de la rente d'invalidité, dont le recourant demande une reconnaissance à hauteur de 30% une fois son état de santé stabilisé, il faut considérer que cette demande est prématurée. Il appartient dès lors à l'intimée de statuer sur cette question après s'être déterminée sur la stabilisation de l'état de santé ensuite de la pose de la prothèse totale du genou gauche. 8. Vu l'issue du litige, la mise en œuvre d'une expertise orthopédique requise par le recourant n'apparaît pas de nature à apporter

- 34 - un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peut dès lors être écartée par appréciation anticipée des preuves (ATF 137 III 208 consid. 2.2 ; 135 II 286 consid. 5.1). 9. a) Partant, bien fondé, le recours doit être admis et la décision sur opposition entreprise annulée, en ce sens que le recourant a droit aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 janvier 2017, la cause étant renvoyée à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants. b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il ne sera pas perçu de frais judiciaires. c) Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire, a droit à une indemnité de dépens, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD; cf. également art. 7 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]). Il sied de rappeler que, en procédure de recours cantonale, il n'existe pas de droit à un remboursement intégral des dépens occasionnés, ces derniers devant être fixés par le tribunal (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3 éd., 5ème Zürich/Bâle/Genève 2015, ch. 211 ad art. 61 LPGA, p. 835 et référence citée). Ce principe vaut également pour la réglementation cantonale en matière de dépens, soit l'art. 55 LPA-VD. En effet, l'octroi de dépens ne couvre pas l'intégralité des frais engagés par la partie qui obtient gain de cause pour défendre ses intérêts. Il s'agit d'une participation à ses frais (Bovey/Blanchard/Grisel Rapin, Procédure administrative vaudoise, 2012, n° 1 ad art. 55 LPA-VD). Au vu de ce qui précède, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 3'000 fr. à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

- 35 - Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est admis. II. La décision sur opposition du 24 août 2017 de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée et la cause est renvoyée à celle-ci pour nouvelle décision, dans le sens des considérants. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à V. \_\_\_\_\_ une indemnité de dépens de 3'000 francs (trois mille francs). La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me David Métille (pour

V. \_\_\_\_\_), - Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents, - Office fédéral de la santé publique, par l'envoi de photocopies.

- 36 - 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.