

VD_GERICHTE ZA22.025941 vom 21. September 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-09-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA22.025941

FR: VD_GERICHTE ZA22.025941 du 21 septembre 2022

IT: VD_GERICHTE ZA22.025941 del 21 settembre 2022

Erwägungen

E. 3

a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. b) Selon 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

- 16 - 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). c) 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).

E. 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

- 17 - 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). Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont

sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

E. 5

Dans ses écritures, le recourant semble contester principalement le fait que sa situation médicale soit stabilisée et qu'il présente une capacité résiduelle de travail. a) L'intimée a fixé au 31 octobre 2021 la date à laquelle l'atteinte au genou droit dont souffre le recourant doit être considérée comme stabilisée. Pour arriver à cette conclusion, elle s'est fondée sur le rapport d'examen final de son médecin-conseil du 27 septembre 2021. Devant se prononcer sur l'état médical du genou droit du recourant neuf mois après la dernière intervention sur cette articulation – la sixième depuis juin 2015 –, le Dr J._____ a établi une anamnèse détaillée de l'ensemble des rapports médicaux émis par les médecins traitants depuis l'annonce de la rechute en 2014. Il a pris note des explications et plaintes de l'intéressé, puis a procédé lui-même à l'examen des hanches et des membres inférieurs du recourant, avant de poser son diagnostic et d'émettre son appréciation, dans laquelle il a déterminé les limitations fonctionnelles. Celles-ci s'appuient non seulement sur les constatations objectives faites lors de l'examen médical, mais également sur les déclarations du recourant, s'agissant des difficultés qu'il rencontre concrètement dans son quotidien. Le rapport du médecin-conseil est ainsi

- 18 - fondé sur un dossier complet et les conclusions, claires et étayées, sont convaincantes. Dans son argumentation, le recourant a fait valoir que l'intimée avait omis de tenir compte du rapport d'examen de son médecin-conseil du 12 septembre 2018, par lequel le Dr Z._____ concluait à l'absence de stabilisation de son genou droit et mettait cette problématique en relation avec l'intervention de 2015. Certes, entre 2016 et 2017, l'intimée a interrompu le versement de ses prestations sur l'avis d'un autre médecin-conseil qui avait considéré le cas comme stabilisé à l'époque. Toutefois, cet avis de 2016 tenait compte des rapports des médecins traitants et des médecins de la Clinique V._____, qui n'avaient eux-mêmes pas encore identifié la cause des douleurs persistantes du recourant alors qu'il n'y avait ni problème mécanique de la prothèse ni infection. L'intimée est ensuite revenue sur sa décision et a versé des prestations pour l'ensemble de cette période lorsque les Drs P._____ et F._____ ont fait part de la nécessité d'une reprise chirurgicale en août 2017. L'octroi de prestations entre 2016 et 2017 n'est donc plus litigieux à ce stade. Par ailleurs, s'il n'est pas contesté par l'intimée que la situation n'était pas stabilisée en 2018, lorsque le Dr Z._____ a examiné le recourant, l'avis de ce médecin n'était plus d'actualité dès lors que le recourant a encore subi plusieurs interventions sur son genou dans les années qui ont suivi. C'est donc à juste titre que l'intimée a à nouveau sollicité l'un de ses médecins-conseils en 2021. Le recourant a également exposé que le rapport du médecin-conseil du 29 septembre 2021 était incomplet, en ce qu'il ne tenait pas compte des éléments problématiques exposés par le Prof. R._____ dans son rapport du 28 mars 2022, où il est notamment écrit que l'état du genou droit n'était pas stabilisé. Il y a lieu toutefois de constater que les observations faites par ce spécialiste en mars 2022 sont largement superposables à celles faites par le médecin-conseil en septembre 2021. En effet, le Dr J._____ a pris note que le recourant ressentait encore des douleurs mécaniques

augmentant fortement lorsqu'il utilisait son genou, qu'il avait un périmètre de marche de 500 m, qu'il marchait sans cannes

- 19 - avec une légère boiterie d'esquive, que la flexion du genou était à 110-0-(- 5°) et qu'il y avait une trophicité musculaire quasiment symétrique des deux côtés (cf. p. 8 du rapport). Pour sa part, le Prof. R. _____ a noté en particulier qu'actuellement, le patient marchait en appui complet mais présentait une boiterie d'esquive antalgique même s'il n'utilisait pas de béquille, que la marche était possible sur terrain régulier mais très difficile sur terrain irrégulier, surtout parce qu'il existait une instabilité en recurvatum rendant la marche douloureuse, particulièrement pénible et peu sécuritaire. Or, selon le Dictionnaire de l'académie française de médecine (consultable sur le site internet dictionnaire.academie-medecine.fr), un « genu recurvatum » est une « attitude en hyperextension du genou dans la position d'extension maximale, dont l'origine peut être congénitale ou acquise ». Bien qu'il n'ait pas utilisé ce terme, le Dr J. _____ a noté une flexion négative du genou (-5°), ce dont on infère qu'il s'agit de la même problématique. Le Prof. R. _____ ayant noté pour sa part que l'examen révélait une extension à 0° et une mise en recurvatum douloureuse, il faut comprendre que le recurvatum décrit par ce médecin ne se manifestait pas au repos mais bien lorsque le genou était mis en charge, ce qu'a aussi noté le médecin-conseil. Par ailleurs, lorsqu'il a évoqué l'absence de stabilisation de la situation, le Prof. R. _____ a mentionné le fait que l'articulation restait douloureuse et que le fonctionnement mécanique n'était pas optimal, surtout en raison du recurvatum. Il a toutefois exposé ensuite qu'un nouveau changement de prothèse pour poser une prothèse charnière n'entraînait pas en ligne de compte en raison d'une perte de substance au niveau tibial. Finalement, les seules options thérapeutiques envisageables étaient une dernière intervention afin de bloquer définitivement l'articulation ou une prise en charge en antalgie. Il est manifeste qu'aucune de ces deux options n'a pour objectif d'apporter une amélioration sensible de l'état fonctionnel du genou et qu'il n'en découlerait pas d'amélioration de la capacité de travail. Il apparaît ainsi que la divergence entre l'avis du médecin-conseil et celui du médecin traitant à propos de l'éventuelle stabilisation de l'état du genou droit tient dans la signification particulière de cette notion en matière d'assurance-

- 20 - accident. Alors que le médecin traitant souhaite guérir complètement son patient ou lui assurer le meilleur confort possible, l'intervention de l'assurance-accidents se limite à l'amélioration de la capacité de travail. Par conséquent, le rapport du Prof. R. _____ ne permet pas d'écarter les conclusions du Dr J. _____, pas plus que le rapport du Prof. D. _____ du 4 février 2022, puisque ce dernier se limitait à évoquer l'hypothèse d'un descellement qui ne sera pas confirmé par l'imagerie médicale, ni le rapport des Drs G. _____ et A. _____ du 9 juin 2022, ceux-ci écartant le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe et décrivant les interventions à but antalgiques déjà mises en place ou à programmer ultérieurement. En conséquence, il faut admettre avec l'intimée que, du point de vue de l'assurance-accidents, l'état du genou droit du recourant doit être considéré comme stabilisé depuis septembre 2021. L'intimée était donc en droit de mettre fin au versement des indemnités journalières et au remboursement des traitements médicaux à compter du 1er novembre 2021. b) S'agissant de la capacité de travail du recourant, l'intimée a retenu une capacité nulle dans l'activité habituelle d'horticulteur, mais complète dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Sur ce point, elle a également suivi l'avis de son médecin-conseil du 27 septembre 2021. Dans son rapport, le Dr J. _____ a déterminé les limitations fonctionnelles d'épargne du genou suivantes : pas d'activité

nécessitant une marche prolongée, pas d'activité nécessitant la montée ou la descente d'escaliers, d'échelles ou d'escabeaux, pas d'activité s'exerçant à genoux ou accroupi, pas de position statique debout/assis mais alternance des positions, pas d'activité nécessitant un port de charges de plus de 10 kg. Dans ses écritures, le recourant a remis en cause l'appréciation du Dr J. _____ sans émettre de grief précis sur cette question, exposant que son genou « lâch[ait] » lorsqu'il marchait et que les anti-douleurs prescrits n'avaient plus d'effet sur ses douleurs nocturnes. Dans son opposition à la décision de l'intimée, son argumentation était axée sur l'inexistence de possibilités concrètes de

- 21 - réinsertion sur le marché du travail compte tenu de son âge. En revanche, il n'avait critiqué ni les limitations fonctionnelles retenues ni le taux d'activité dans une activité adaptée. Il expliquait uniquement que son genou ne lui permettait pas de rester en position statique, qu'il était « laborieux » de se lever depuis la position assise ainsi que de monter ou descendre des escaliers, que son périmètre de marche était « extrêmement restreint » et qu'il présentait une légère boiterie. Tous ces éléments ont été pris en compte par le médecin-conseil en tant que limitations fonctionnelles. Le Dr R. _____ n'a pas mentionné d'autres limitations fonctionnelles ni exposé pour quel motif, autre que les questions d'âge ou de formation, le recourant ne pourrait pas reprendre une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Par conséquent, l'intimée était fondée à retenir que le recourant disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

E. 6

Dans son opposition, le recourant a contesté le calcul du degré d'invalidité établi par l'intimée. Bien qu'il n'y revienne plus dans ses écritures de recours, il y a lieu d'examiner si ce calcul est conforme aux règles légales applicables. a) La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus avec et sans invalidité, et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C_1/2020 du 15 octobre 2020 consid. 3.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références ; TF 8C_837/2019 du 16 septembre 2020 consid. 5.2). b) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1).

- 22 - Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16). c) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie

privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). cc) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte

- 23 - (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75). Lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyen de l'ESS, on s'efforcera de prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. On peut également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec invalidité, à une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de l'assuré et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2). d) Aux termes de l'art. 18 al. 2 LAA, le Conseil fédéral règle l'évaluation du degré de l'invalidité dans des cas spéciaux ; il peut à cette occasion déroger à l'art. 16 LPGA. Il a fait usage de cette compétence à l'art. 28 OLAA (ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance- accidents ; RS 832.202). L'art. 28 al. 4 OLAA prévoit une solution particulière pour l'évaluation de l'invalidité d'assurés âgés. Il vise deux situations : celle où l'assuré, en raison de son âge, ne reprend plus d'activité lucrative après l'accident (variante I) et celle où l'atteinte à la capacité de gain a principalement pour origine l'âge avancé de l'assuré (variante II). L'assuré qui remplit l'un ou l'autre cas de figure ne percevra alors une rente d'invalidité que dans la mesure où une telle rente serait octroyée dans les mêmes conditions à un assuré d'âge moyen présentant les mêmes capacités professionnelles et les mêmes aptitudes professionnelles. Ce système repose sur la considération qu'une même atteinte à la santé peut entraîner chez une personne âgée des répercussions bien plus importantes sur la capacité de gain que chez une personne d'âge moyen pour diverses raisons (difficultés de reclassement ou de reconversion professionnels, diminution des capacités d'adaptation et d'apprentissage), alors que l'âge en tant que tel n'est pas une atteinte à la santé dont l'assureur-accidents doit répondre (ATF 122 V 418 consid. 3a ; TF 8C_655/2018 du 31 octobre 2019 et les références citées). Est ainsi

- 24 - déterminant pour établir les revenus hypothétiques avant et après invalidité, le salaire que pourrait obtenir cette personne d'âge moyen compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement exiger d'elle (U 21/03 du 25 août 2003 ; ATF 122 V 426 consid. 7 publié dans RAMA 1997 n° U 271 p. 151 ; ATF 114 V 315 consid. 4a). L'âge moyen est de 42 ans ou, du moins, se situe entre 40 et 45 ans ; on considère que l'âge est avancé lorsque l'assuré est âgé d'environ 60 ans au moment où il a droit à la rente (ATF 122 V 418 consid. 1b et 2 ; TF 8C_655/2018 du 31 octobre 2019 et les références citées). Selon la jurisprudence, pour que le revenu d'invalidité soit fixé

en fonction du gain que pourrait réaliser un assuré d'âge moyen présentant les mêmes séquelles accidentelles, il faut que l'âge avancé soit la cause essentielle de la diminution de la capacité de gain (ATF 122 V 418 consid. 3b ; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 245/96 consid. 3c). Tel est notamment le cas lorsque l'âge avancé n'est pas un facteur qui a une incidence sur l'exigibilité, mais qu'il est malgré tout un obstacle à la mise en valeur de la capacité résiduelle de gain, notamment parce qu'aucun employeur n'est disposé à engager un employé pour un laps de temps très court avant l'ouverture de son droit à une rente de l'AVS (TF 8C_554/2017 du 4 juillet 2018 consid. 3.3.1 ; 8C_307/2017 du 26 septembre 2017 consid. 4.2.2 ; 8C_346/2013 du 10 septembre 2013 consid. 4.2 ; 8C_806/2012 du 12 février 2013 consid. 5.2.2).

E. 7

a) En l'occurrence, l'intimée a calculé le degré d'invalidité en tenant compte d'un revenu sans invalidité de 67'072 fr., fondé sur l'ESS 2018, TA1_Skill level, niveau de compétence 2 pour les hommes dans les activités de services administratifs et de soutien (nn. 77-82). Pour le revenu avec invalidité, elle s'est basée dans sa décision sur opposition sur l'ESS 2018, TA1_skill level, tous secteurs d'activités confondus, niveau de compétence 2 pour un homme, soit 5'649 fr. par mois. L'intimée a rapporté les chiffres de l'ESS 2018 à une durée hebdomadaire de 41.8 heures pour les activités de services administratif et de soutien, respectivement à 41.7 heures selon les statistiques publiées en 2020, et

- 25 - les a indexés à 2021 selon des taux de 0.9 % pour 2019, 0.8 % pour 2020 et -0.2 % estimé pour l'année 2021. Elle a en outre déduit un abattement supplémentaire de 5 % sur le revenu avec invalidité pour tenir compte des limitations fonctionnelles. b) Dans son opposition, le recourant a contesté l'utilisation de l'ESS pour fixer le montant du revenu sans invalidité, en faisant valoir qu'en 1993, alors qu'il était employé, son revenu annuel brut était largement plus élevé que le montant de l'ESS, en l'occurrence 82'023 fr. 70 ou 96'498 fr. après indexation. Cette critique est infondée. Au moment de la rechute annoncée en 2014, le recourant travaillait comme indépendant dans le domaine horticole depuis de nombreuses années et un calcul plus précis du revenu sans invalidité ne pourrait se fonder que sur cette dernière activité. Si le recourant a allégué que ses douleurs au genou entravaient son activité depuis 2010, il n'en demeure pas moins que, selon l'extrait de son compte individuel AVS, les revenus annoncés étaient de l'ordre de 36'500 fr. en 2009, 40'000 fr. en 2008, 42'700 fr. en 2007, soit des montants inférieurs à celui retenu par l'intimé. Le recours par l'intimée au revenu moyen pour les activités administratives et de soutien dans l'ESS 2018, TA1_Skill level, soit 5'285 fr. par mois, tient compte du fait que le recourant disposait d'un CFC et exerçait dans son domaine d'activité, qui appartient au secteur des services. Par conséquent, compte tenu de l'indexation (0.9 % en 2019, 0.8 % en 2020 et -0.7 % en 2021 selon les derniers chiffres publiés par l'Office fédéral de la statistique), de la durée usuelle du travail hebdomadaire de 41,8 heures en 2021 (dernière statistique disponible, inchangée par rapport à 2020) dans ce domaine et d'un taux d'activité de 100 %, le revenu sans invalidité s'élève à 67'405 fr. 33. S'agissant du revenu avec invalidité de 65'500 fr., le recourant a exposé dans son opposition que, selon un calculateur statistique fondé sur l'ESS, les activités compatibles avec ses limitations fonctionnelles permettaient tout au plus un revenu de 48'000 francs. Le raisonnement tenu par le recourant en opposition ne convainc pas, au même titre que le nouveau calcul développé par l'intimée dans sa décision sur opposition. En

- 26 - effet, la jurisprudence a rappelé à maintes occasions que, lorsque l'assuré n'a pas repris une activité professionnelle mettant pleinement en valeur ses capacités résiduelles, il faut en principe recourir à l'ESS, TA1_skill level, niveau de compétence 1, car ce chiffre correspond à l'ensemble des activités ne nécessitant pas de formation particulière et qui peuvent être exercées avec des limitations fonctionnelles légères. En l'occurrence, le CFC dont le recourant est titulaire et sa longue expérience dans le domaine horticole, ne peuvent absolument pas être mis en valeur dans une activité répondant à ses limitations fonctionnelles. Il ne se justifie dès lors pas de recourir au niveau de compétence 2. En revanche, les limitations fonctionnelles dont souffre le recourant doivent être qualifiées de moyennes, de sorte qu'il paraît correct de retenir le niveau de compétence 1 avec un abattement supplémentaire pour tenir compte de limitations fonctionnelles supérieures à celles déjà prise en compte dans l'ESS. A cet égard, l'abattement de 5 % retenu par l'intimée paraît suffisant, ce qui porte le revenu avec invalidité à 65'477 fr. 40. La comparaison de ces deux montants montre une diminution de la capacité de gains de 2.86 %, ce qui est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. On relèvera au surplus que les calculs de l'intimée étaient fondés sur les données de l'ESS 2018, seule disponible au moment de sa décision puis de sa décision sur opposition. Si l'on se réfère aux chiffres de l'ESS 2020, publiée entretemps, le revenu sans invalidité passe à 67'827 fr. 24 et le revenu avec invalidité à 62'086 fr. 68 après application de l'indexation à 2021 et des autres critères exposés ci-dessus, soit un degré d'invalidité de 8.46 % qui n'ouvre toujours pas de droit à une rente. c) Dans son opposition, le recourant avait encore fait valoir que son âge était un facteur pénalisant majeur dans une recherche d'emploi sur un marché de l'emploi compétitif, ce qui justifiait d'appliquer un abattement de 25 %. L'étendue de l'abattement dans un cas concret constitue une question typique relevant du pouvoir d'appréciation, qui est soumise à l'examen du juge de dernière instance uniquement si la juridiction

- 27 - cantonale a exercé son pouvoir d'appréciation de manière contraire au droit, soit si elle a commis un excès positif ou négatif de son pouvoir d'appréciation ou a abusé de celui-ci (ATF 146 V 16 consid. 4.2 ; 137 V 71 consid. 5.1), notamment en retenant des critères inappropriés, en ne tenant pas compte de circonstances pertinentes, en ne procédant pas à un examen complet des circonstances pertinentes ou en n'usant pas de critères objectifs (TF 8C_175/2020 du 22 septembre 2020 consid. 3.4 et les références citées). En l'occurrence, il y a lieu de relever ici que la prise en compte de l'âge dans l'évaluation de l'invalidité n'est pas la même dans l'assurance-accidents que dans l'assurance-invalidité, dès lors que les risques qu'elles assurent ne sont pas les mêmes. L'assurance-accidents se limite en effet à examiner le préjudice économique d'un accident, tandis que l'assurance-invalidité examine l'état de santé de l'assuré dans son ensemble. Au demeurant, selon une jurisprudence constante du Tribunal fédéral, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.2), et réciproquement (ATF 133 V 549 consid. 6). Par conséquent, le fait que l'Office de l'assurance-invalidité ait reconnu une capacité de travail du recourant nulle dans toute activité et reconnu le droit à une rente d'invalidité complète, en raison d'obstacles trop importants à la mise en valeur de sa capacité de travail théorique totale dans une activité adaptée, n'oblige pas l'intimée à faire de même. Or, l'intimée a bel et bien retenu que l'âge de l'assuré constituait un obstacle important à une réinsertion du recourant sur le marché du travail, puisqu'elle a fait application de l'art. 28 al. 4 OLAA. Dans la mesure où le recourant a atteint l'âge de la retraite au sens de l'assurance-vieillesse et survivants en novembre 2019, l'intimée était fondée à retenir que l'âge du recourant en

novembre 2021 serait le principal frein à la reprise d'une activité professionnelle, même adaptée à ses limitations fonctionnelles. S'agissant dès lors de déterminer un revenu hypothétique pour une personne d'âge moyen, un abattement supplémentaire en raison de l'âge est exclu. Pour le surplus, le recourant

- 28 - ne fait état d'aucun autre motif susceptible de justifier un abattement supplémentaire sur le revenu avec invalidité. Dès lors, il faut constater que le degré d'invalidité présenté par le recourant est inférieur à 10 %, de sorte que le droit à une rente n'est pas ouvert. Ce constat a pour corollaire que la première condition posée par l'art. 21 al. 1 LAA n'est pas remplie. Par conséquent, la poursuite de la prise en charge par l'intimée des frais de traitement antalgique et de physiothérapie n'entre pas en ligne de compte, étant rappelé qu'il appartient dès lors à l'assurance-maladie obligatoire de prendre en charge ces frais (ATF 140 V 130 consid. 2.2 ; 134 V 109 consid. 4.2 ; TF 8C_691/2021 du 24 février 2022 consid. 3.3).

E. 8

Dans son opposition, le recourant a également remis en cause le taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité fixé par l'intimée à 30 %. a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre à une rente, lorsque le traitement médical est terminé (art. 24 al. 2 LAA). Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2). Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez

- 29 - toutes les personnes présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour la personne concernée (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité incombe avant tout aux médecins, qui doivent d'une part constater objectivement les limitations, et d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C_566/2017 précité consid. 5.1 et la référence). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b, 113 V 218 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1, première phrase, de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1, deuxième phrase, de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en

conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 3.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle. b) En l'espèce, l'intimée a alloué une indemnité de 30 % par décision du 20 janvier 2017, en se fondant sur l'évaluation du Dr Q._____ du 2 mai 2016. Elle a maintenu ce taux dans sa nouvelle

- 30 - décision du 16 février 2022, dès lors que le Dr J._____ l'avait confirmé dans son rapport du 27 septembre 2021. Le recourant a fait valoir dans son opposition que l'évaluation de son indemnité, établie en 2016, ne tenait pas compte des complications apparues postérieurement et qui avaient entraîné de multiples interventions chirurgicales. Il s'est en outre référé au rapport du Prof. R._____ du 28 mars 2022 signalant l'existence d'une instabilité, ce qui justifiait d'allouer le maximum prévu dans la table d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA relative aux atteintes résultant d'arthrose du genou. Dans son recours, l'intéressé a encore fait valoir que, selon un médecin orthopédiste qu'il avait consulté, la perte fonctionnelle de son genou droit était de l'ordre de 60 à 65 %. S'agissant de l'évolution de la situation entre 2016 et 2021, il est indéniable que le recourant a subi de nombreuses complications, nécessitant plusieurs reprises de sa prothèse totale du genou. Cependant, l'indemnité doit être fixée de manière objective, en fonction de l'état de l'organe atteint lorsqu'il n'y a plus à attendre d'amélioration par des traitements médicaux. A cet égard, la table 5 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA prévoit, en cas d'arthrose grave du genou, une indemnité de 30 à 40 %, en précisant que la situation justifie le taux le plus élevé si l'articulation considérée présente une instabilité en plus de l'arthrose. Cette précision doit cependant être lue en regard du barème des indemnités pour atteinte à l'intégrité figurant dans l'annexe 3 OLAA, laquelle prévoit une indemnité de 40 % en cas de perte d'une jambe au niveau du genou. Il en découle que ce dernier taux concerne une situation où l'usage de l'articulation du genou n'est plus possible. Or, comme déjà dit, les observations faites par le Prof. R._____ dans son rapport du 28 mars 2022 sont superposables à celles du Dr J._____, à savoir que le genou droit du recourant présentait un recurvatum rendant la marche douloureuse, mais que celle-ci restait possible sans canne, avec une légère boiterie. L'instabilité évoquée par le Prof. R._____ était mise en lien avec ce recurvatum, qui se manifestait lors de marche en terrain irrégulier et obligeait le recourant à fournir plus d'effort pour

- 31 - « verrouiller » son genou afin d'éviter les douleurs du passage de l'articulation en recurvatum. Ce rapport ne peut être interprété dans le sens d'une instabilité « importante » comme l'a allégué le recourant dans son opposition. Au demeurant, l'intéressé reconnaît lui-même dans son recours (a contrario) que son genou droit a conservé une fonctionnalité de l'ordre de 35 à 40 %. Il apparaît ainsi que, même si l'on doit admettre que la situation du genou droit du recourant s'est péjorée entre 2016 et 2021 en raison du recurvatum, elle ne justifie pas l'application du barème maximal prévu en cas de perte complète de fonctionnalité de l'articulation. Le taux de 30 % retenu par l'intimée peut dès lors être confirmé.

E. 9

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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