

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 juin 2021

Composition : M. NEU, président
MM. Perreten et Bosson, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

L. _____, à [...], recourant, représenté par UNIA Vaud Section Nord vaudois, à Yverdon-les-Bains,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 16 LPGA ; 18 al. 1 et 19 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait en qualité de manœuvre (étancheur) pour le compte de la société D._____ SA, à [...]; il était assuré à ce titre contre le risque d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 12 décembre 2015, l'assuré a fait une chute sur le genou gauche dans une discothèque à [...] qui s'est soldée par une déchirure étendue du ménisque interne et une chondropathie trochléenne (IRM du 29 décembre 2015 du Service de radiologie de l'Hôpital d'[...] [pièce 47]) et qui, dans le contexte de la persistance de douleurs totalement incapacitantes depuis le jour de l'accident, a justifié une arthroscopie du genou gauche avec débridement et suture du ménisque externe et résection d'un kyste para-méniscal par un abord externe, pratiquée le 9 mars 2016 par le Dr A._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. L'évolution étant jugée satisfaisante, l'intéressé a repris le travail le 18 avril 2016 (rapport de consultation du 15 avril 2016 du Dr A._____).

La CNA a pris le cas en charge.

Le 9 février 2018, alors qu'il se trouvait sur un chantier, l'assuré a chuté sur le côté gauche (traumatisme du genou gauche à type de torsion puis chute avec réception sur la face latérale du genou, très douloureux, et contusions au coude de ce même côté). A l'arrêt depuis le jour de sa chute et présentant un défaut cartilagineux de la rotule mis en évidence par une IRM du 8 mars 2018, il a été opéré le 15 mai 2018 et a bénéficié d'une nouvelle arthroscopie avec régularisation de la portion moyenne et postérieure du ménisque externe puis excision par un abord antéro-externe et kyste para-méniscal avec suture du mur méniscal externe (protocole opératoire du 15 mai 2018 du Dr A._____).

La CNA a pris cette intervention en charge au titre de rechute de l'accident de 2015.

Lors d'une entrevue du 3 juillet 2018 avec un inspecteur de la CNA à son domicile, l'assuré a fait part d'un genou gauche qui était encore chaud avec des douleurs continues situées sous le rebord inférieur de la rotule. Le traitement alliait de la physiothérapie (deux séances par semaine) et la prise d'antidouleurs (Irfen® et Chondrosulf®). Le prochain contrôle était prévu le 6 juillet 2018 chez le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Dans un rapport du 30 octobre 2018 à la CNA, le Dr Z._____ a posé les diagnostics suivants :

“Genou gauche :

- Lésion horizontale récidivante de la portion moyenne et de la corne du ménisque externe avec kyste para-méniscal (status post régularisation du ménisque externe et résection du kyste le 15.05.2018).
- Status post suture du ménisque externe et résection d'un kyste para-méniscal externe genou gauche 09.03.2016.
- Chondropathie fémoro patellaire stade II à III.
- Chondropathie stade I compartiment fémoro-tibial externe.

Genou droit :

- Status post résection corne postérieure ménisque externe du genou droit le 09.12.2011.”

Selon le Dr Z._____, une reprise du travail prévue au début du mois de septembre 2018 avait dû être reportée en raison de douleurs assez latérales, essentiellement à la flexion et en cas d'effort du genou gauche ; la simple marche était douloureuse. Il n'était plus retrouvé de kyste externe et une nouvelle arthro-IRM réalisée au début septembre 2018 avait mis en évidence l'absence de fuite du produit de contraste au sein du ménisque externe, ainsi que l'absence de récurrence du kyste, mais une chondropathie fémoro-patellaire de stade IV au niveau fémoro-patellaire ainsi que sur une petite zone fémoro-tibiale interne côté latéral. Les membres inférieurs montraient un léger valgus d'un degré, et, au vu des douleurs essentiellement externes sur un genou pré-arthrosique, un

séjour d'évaluation à la Clinique romande de réadaptation (CRR) de la CNA, à Sion, était suggéré.

Le 6 novembre 2018, l'assuré s'est annoncé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) en raison d'une « lésion des 2 genoux ».

Du 22 janvier 2019 au 19 février 2019, l'assuré a séjourné à la CRR. Dans leur rapport de sortie du 22 février 2019, les Drs P._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en chirurgie orthopédique, et E._____, médecin-assistant, ont posé les diagnostics suivants :

“DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Thérapie physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitation fonctionnelle du genou gauche.

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- Chutes avec contusion et/ou entorse du genou G [gauche] le 18.08.2014, le 12.12.2015 et le 09.02.2018.
- Chondropathie fémoro-tibiale externe et fémoro-patellaire.
- Lésions horizontales du ménisque externe avec kyste para-méniscal externe.
- Gonalgies gauches persistantes et gonarthrose radiologique bilatérale.

Interventions :

- Arthroscopie du genou gauche, avec débridement et suture du ménisque externe, et résection d'un kyste para-méniscal par abord externe le 09.03.2016.
- Arthroscopie du genou gauche, régularisation de la portion moyenne et postérieure du ménisque externe et excision par un abord antéro-externe d'un kyste para-méniscal avec suture du mur méniscal externe le 15.05.2018.

CO-MORBIDITES

- Tabagisme actif à 10 UPA.
- Obésité stade I OMS (BMI à 30 kg/m²).

ANTECEDENTS

- Status post-arthroscopique du genou droit et résection de la corne postérieure du ménisque externe le 09.12.2011.
- Status post-épicondylite des deux coudes.

ALLERGIES

- Aucune connue.”

A l'issue du séjour, les Drs P._____ et E._____ ont retenu que les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient en partie par les lésions objectives, avec des troubles dégénératifs (encore modérés des trois compartiments à gauche et débutant à droite), constatées durant le séjour ; des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles (une kinésiophobie, un catastrophisme, une anxiété et une focalisation élevée sur la douleur) ; d'autres difficultés contextuelles (pas de formation certifiante, mauvaise maîtrise du français, pas de permis de conduire, avec une expérience essentiellement dans les activités lourdes) étaient également à signaler. Ces médecins spécialistes ont estimé que la situation était « pratiquement stabilisée du point de vue médical », sous réserve de la poursuite d'un traitement de physiothérapie en ambulatoire susceptible d'améliorer les fonctions musculaire et proprioceptive ainsi que l'endurance. Les limitations fonctionnelles définitives étaient les suivantes : ports de charges prolongés ou répétés supérieurs à 10 - 15 kilos, ports de charges possibles rarement jusqu'à 17,5 voire 20 kilos, montées sur une échelle légèrement limitées, et position accroupie ainsi qu'activités à genoux moyennement limitées. Si le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de l'assuré était défavorable en raison de facteurs médicaux (douleurs résiduelles et manque de stabilité) et non médicaux, le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était toutefois favorable ; l'assuré conservait des ressources adaptatives, malgré la présence d'éléments contextuels susceptibles d'interférer avec le processus de réinsertion.

Dans le rapport qu'elle a établi le 9 avril 2019 au terme de son examen final du jour précédent, la Dre M._____, médecin praticien et médecin d'arrondissement de la CNA, a posé les diagnostics de gonalgies gauches, chondropathie fémoro-tibiale externe et fémoro-patellaire du genou gauche avec lésion horizontale du ménisque externe avec kyste para-méniscale externe et gonarthrose radiologique bilatérale, status après double arthroscopie du genou gauche (les 9 mars 2016 et 15 mai 2018) ainsi que ceux, secondaires, de status post-arthroscopie du genou droit et résection de la corne postérieure du ménisque le 9 décembre 2011, status post-épicondylite des deux coudes, obésité de stade I et

tabagisme actif 10 UPA. Elle a estimé, sur le plan médical, que la situation était stabilisée avec des limitations fonctionnelles suivantes : « pas de port de charges répété supérieures à 10 - 15 kg, pas de port de charge au-delà de 15 kg, pas de montée et de descente d'échelles, d'escaliers ou d'échafaudages, pas de marche en terrains irréguliers, pas de marche prolongée au-delà de 30 à 40 mn, pas de position accroupie ou à genoux, pas de position statique assis ou debout mais alternance des positions ». Si l'activité comme manœuvre sur les chantiers n'était plus exigible de manière totale et définitive, la capacité de travail était entière, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles décrites. L'appréciation du cas de l'assuré effectuée par le médecin d'arrondissement de la CNA se termine comme suit :

“A noter, que les différentes chutes au niveau du genou G [gauche] n'ont jamais entraîné de lésion structurelle pouvant leur être imputée. Lors de la dernière chute, on notait la présence de lésions dégénératives préexistantes à celles-ci, comme lors de toutes les chutes au niveau du genou G qui par ailleurs n'avaient pas entraîné de geste chirurgical. L'assuré a donc présenté une aggravation d'un état préexistant et actuellement la situation est stabilisée. Il en est de même avec le genou D [droit] (sinistre [...]) qui avait mis en évidence un léger œdème post-contusionnel de la partie latérale du plateau tibial externe et un épanchement intra-articulaire léger à modéré avec de très légers phénomènes dégénératifs de la corne postérieure du ménisque interne, une déchirure complexe du ménisque externe atteignant sa corne antérieure et postérieure avec légère luxation médiane de la corne postérieure lors de l'IRM du 29.09.2011 suite à la chute du 29.08.2011 qui avait nécessité une arthroscopie du genou D avec résection de la corne postérieure du ménisque externe le 09.12.2011.

Nous avons expliqué les conclusions à l'assuré et celui-ci a commencé à être revendicateur mentionnant qu'il avait pris un avocat pour attaquer son patron car ses genoux sont « fichus » selon lui et ce serait la faute de son patron qui l'aurait obligé à porter des sacs proches de 50 kg ce qui aurait entraîné les lésions dégénératives de ses genoux. L'assuré sait très bien qu'il ne peut plus travailler sur les chantiers mais lorsque nous expliquons qu'il a une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, l'assuré mentionne qu'il n'est pas capable en raison des douleurs. Il voudrait travailler mais pour lui, ce n'est pas possible à 100 %. Le discours est tantôt revendicateur, tantôt apaisant mentionnant qu'il ne s'en prend pas à nous mais qu'il est fâché contre son employeur et qu'il n'avait pas le choix d'accepter de telles activités lourdes.

Nous expliquons à l'assuré que nous nous prononçons sur des problématiques médicales uniquement et que nous comprenons bien que sa situation est compliquée mais que l'AI [assurance-invalidité], par l'intermédiaire de la Fondation X. _____, va tenter

de trouver une activité adaptée à sa situation. Malgré tout l'assuré reste figé sur le fait qu'il n'est plus capable de travailler même dans une activité adaptée à 100 %.

Dans le cadre de la dernière chute, deux interventions ont été prises en charge par nos soins, elles constituent une aggravation déterminante d'un état préexistant. L'assuré présentait des lésions dégénératives préexistantes avec lésion du ménisque externe horizontale avec kyste para[-]méniscal externe prises en charge par nos soins.

Compte tenu de la gonarthrose préexistante à la chute du 12.12.2015, nous ne pouvons pas retenir que l'assuré présente des séquelles correspondant à un taux d'IpAI [indemnité pour atteinte à l'intégrité] figurant dans les tables indemnisation pour atteintes à l'intégrité selon la LAA puisque l'assuré présentait déjà une gonarthrose bilatérale prédominante sur les compartiments externes, débutant au niveau des deux genoux."

Le 31 juillet 2019, la CNA a écrit à l'assuré qu'en l'absence de traitement médical spécifique révélé lors de l'examen final précité, elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et aux indemnités journalières au 31 août 2019. Elle statuerait ultérieurement sur le droit de l'intéressé à une rente d'invalidité pour les séquelles de l'accident à partir de la date de la clôture du cas (au sens de l'art. 19 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]).

Après avoir procédé aux mesures d'instruction utiles (pièces 177 et 178), la CNA a, par décision du 1^{er} octobre 2019, reconnu le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. Selon ses investigations, l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de montées et descentes d'échelles, d'escaliers ou d'échafaudages, pas de marches en terrain irrégulier, pas de position accroupie, pas de port répété de charges de plus de quinze kilos, avec les travaux en position alternée à favoriser) était exigible et permettait à l'intéressé de réaliser un salaire annuel de 64'355 fr., après un abattement de 5 % tenant compte desdites restrictions. Après comparaison avec le gain de 74'815 fr. réalisable sans les séquelles de l'accident, il en résultait une perte de gain de 14 % ouvrant le droit à une rente d'invalidité, conforme à ce taux et d'un montant de 750 fr. 60 par mois, depuis le 1^{er} septembre 2019. Le même jour, la CNA a versé à l'assuré une somme de 1'501 fr. 20 correspondant

au rétroactif de rentes pour la période du 1^{er} septembre au 31 octobre 2019.

Par communication du 2 octobre 2019, l'OAI a informé l'assuré, qu'après analyse, des mesures de réadaptation d'ordre professionnel n'étaient pas envisageables, de sorte qu'il allait être procédé à l'examen de son droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

A l'appui de son opposition du 24 octobre 2019 à l'encontre de la décision du 1^{er} octobre 2019 de la CNA, contestant la capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée au handicap retenue, mais estimant celle-ci « plutôt à 70-80 % » avec les limitations fonctionnelles suivantes : pas de montées et descentes d'échelles, d'escaliers ou d'échafaudages, pas de marche en terrain irrégulier, pas de position accroupie et pas de port répété de charges de plus de quinze kilos - les travaux en position alternée étant à favoriser -, insistant également sur l'incidence de ses douleurs au coude gauche sur la capacité de travail, l'assuré a remis un rapport de consultation du 9 octobre 2019 adressé à la CRR par le Dr Z. _____ posant les diagnostics suivants :

"Genou G [gauche] :

- Lésion méniscale externe récidivante dans la portion moyenne et corne postérieure du ménisque externe (s/p régularisation du ménisque externe et ressection du kyste para-méniscale le 15.05.2018).
- s/p suture du ménisque externe ressection kyste méniscal externe du genou Gauche le 09.03.2016.
- Chondropathie fémoro-patellaire stade II-III
- Chondropathie stade I compartiment fémoro-tibial externe.

Genou D [droit] :

- s/p ressection corne postérieure ménisque externe genou D le 09.12.2011.
- Troubles dégénératifs débutants.

Douleurs autour du coude G en investigation."

L'appréciation du cas posée par ce chirurgien orthopédique se conclut en ces termes :

"[...] Concernant ses capacités de travail, je rejoins tout à fait, l'avis de l'équipe de la SUVA selon le rapport réalisé au 29.05.2019, à savoir des limitations, avec limitation de charge de 10 à 15 kilos.

Une forte limitation concernant la montée/descente d'escaliers, voir[e] d'échelle[s]. Mais à mon avis, la position accroupie ou à genou, doit être bannie.

Concernant, un travail à 100%, même avec ses limitations, cela me paraît trop important. Je pencherais plutôt pour une activité d'environ 70-80% en cas de travail physique, avec les limitations susmentionnées et de 100% d'activité de travail possible, en cas de travail sans déplacement[s] notoires, ni port de charges.

Tout ce qui précède concerne son problème dû à ses 2 genoux, mais concernant son coude gauche, dont il dit souffrir depuis longtemps et qu'il lie à son ancienne activité professionnelle, la limitation devrait également être réévalué pour savoir si elle impacte, une éventuelle réinsertion professionnelle, avec de nouvelles limitations. J'invite donc, également votre médecin d'arrondissement afin qu'il réévalue cette nouvelle situation pour son coude gauche. Pour ma part, j'ai prévu de revoir le patient à la lumière de l'IRM et de refaire une évaluation clinique [à la] fin du mois."

Par décision sur opposition du 31 octobre 2019, la CNA a confirmé l'octroi d'une rente d'invalidité fondée sur un taux de perte de gain de 14 % compte tenu du renvoi de l'assuré à une pleine capacité de travail dans une activité réputée adaptée à ses limitations fonctionnelles, avec la précision que le Dr Z._____ convenait d'une pleine capacité de travail théorique exigible dans un emploi adapté aux restrictions de l'intéressé. Sur le plan économique, le calcul laissant apparaître une perte de gain de 13,98 %, arrondie à 14 % (ATF 130 V 121), et fixant par là-même le taux de la rente d'invalidité, n'était pas critiquable.

B. Par acte du 26 novembre 2019, L._____, représenté par UNIA Vaud Section Nord vaudois, a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et, subsidiairement, à l'annulation de la décision attaquée ainsi qu'au renvoi de la cause à la CNA pour nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, contestant présenter une totale capacité de travail dans une activité adaptée, il invoquait le rapport du 9 octobre 2019 du Dr Z._____, qui devait l'emporter sur l'avis divergent des médecins de la CRR, et dont il inférait présenter une capacité de travail à « 70 à 80% au maximum » dans une activité physique adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, respectivement à 100% en cas de travail « sans déplacements notoires, ni port de charges ». Déplorant une instruction lacunaire du cas par l'intimée, selon lui, il convenait de prendre en

considération non seulement les atteintes aux genoux mais aussi à son épaule (recte : coude) gauche.

Dans sa réponse du 10 mars 2020, la CNA, par Me Didier Elsig, a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision sur opposition querellée, le médecin traitant du recourant admettant une pleine capacité de travail théorique.

Le 26 mai 2020, en réplique, persistant dans ses conclusions précédentes, le recourant a précisé demander la réévaluation de sa capacité de travail, respectivement l'octroi d'une rente d'invalidité en conséquence. Il a remis en annexe, un ultime rapport de consultation du 19 mai 2020 du Dr Z._____, qui avait revu son patient et fait état, en plus des douleurs aux deux genoux, d'une sciatalgie, avec hernie discale modérée ; il n'avait pas de proposition chirurgicale (infiltration), mais a prolongé le traitement conservatoire avec de la physiothérapie ; la recherche d'une activité adaptée était davantage compliquée, vu les problèmes additionnels tenant au rachis ; concernant la capacité de travail, les limitations fonctionnelles étaient confirmées, la position accroupie ou à genoux devant être dorénavant bannie. Une pleine capacité de travail dans une activité physique lui semblait trop importante, retenant plutôt une capacité d'environ 70 - 80 % ; dans une activité sans déplacement, ni port de charges, le Dr Z._____ maintenait son estimation d'une capacité de travail entière.

Le 2 juin 2020, l'intimée a indiqué qu'elle renonçait à dupliquer en l'absence de nouvel argument invoqué par le recourant.

Dans ses déterminations des 5 octobre 2020 et 23 avril 2020, le recourant a informé qu'il n'avait pas d'autres moyens de preuve à faire valoir.

C. De son côté, l'OAI a, par projet de décision du 3 décembre 2019, fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations (mesures professionnelles et/ou rente d'invalidité). Selon les

résultats de ses investigations, à partir du 1^{er} mai 2019 (soit le moment déterminant pour l'ouverture du droit éventuel compte tenu de la demande tardive déposée le 6 novembre 2018), bien que l'incapacité de travail était totale dans l'activité antérieure d'étancheur, une pleine capacité de travail était reconnue dans une activité respectant les limitations fonctionnelles (pas de port de charges répété supérieures à 10 - 15 kilos, pas de port de charges supérieures à 15 kilos, pas de montée et de descente d'échelles, d'escaliers ou d'échafaudages, pas de marche en terrains irréguliers, pas de marche prolongée de plus de 30 - 40 minutes, pas de position accroupie ou à genoux, pas de position statique assis ou debout mais alternance des positions) dont il découlait, après comparaison des revenus - moyennant un abattement de 10 % sur celui d'invalidé -, un degré d'invalidité (arrondi) de 17 %, insuffisant pour ouvrir le droit à la rente ainsi qu'aux mesures professionnelles, sous la réserve d'une aide au placement reconnue selon la communication y relative du 3 décembre 2019 de l'OAI.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte en l'espèce sur l'octroi par l'intimée d'une rente de l'assurance-accidents d'un montant de 750 fr. 60 par mois, depuis le 1^{er} septembre 2019, et au degré d'invalidité de 14 % propre à fonder cette prestation, ce taux résultant du renvoi du recourant à une pleine capacité de travail dans une activité réputée adaptée à ses limitations fonctionnelles.

b) On précisera que les modifications introduites par la novelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce (ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388] ; aussi ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les références citées).

3. a) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré - ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3) - et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

b) 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).

c) La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux

revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (TF 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1).

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 citées ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2).

d) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

e) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 139 V 592 consid. 2.3). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2).

f) aa) Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

bb) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). 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) L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé

de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

5. a) En l'occurrence, s'agissant des séquelles que le recourant présente dans le cadre des suites des accidents des 12 décembre 2015 et 9 février 2018, tant le médecin-conseil M. _____ que le médecin traitant (le Dr Z. _____) s'accordent sur les diagnostics, les limitations fonctionnelles et le pronostic. Dans son dernier certificat de mai 2020, le médecin traitant fait état, en plus des douleurs aux deux genoux, d'une sciatalgie, avec hernie discale modérée ; il n'avait pas de proposition

chirurgicale (infiltration), mais a uniquement prolongé le traitement conservatoire avec de la physiothérapie. Indiquant qu'à son avis la recherche d'une activité adaptée était davantage compliquée, vu les problèmes additionnels tenant au rachis, le Dr Z. _____ a confirmé les limitations fonctionnelles, la position accroupie ou à genoux devant être dorénavant bannie. Aussi, en l'absence de désaccord entre les médecins, dont les appréciations sont convergentes, la stabilisation de l'état de santé sur le plan médical, avec l'ouverture subséquente du droit potentiel à la rente d'invalidité et de son calcul en assurance-accidents, telle que fixée au 1^{er} septembre 2019 par l'intimée dans sa décision, ne fait ainsi pas de doute.

Quant à la capacité de travail résiduelle, la Dre M. _____ a estimé que l'assuré était apte à travailler en plein dans une activité adaptée au handicap, soit dans un poste de travail sans port de charges répété supérieures à quinze kilos, sans port de charges au-delà de quinze kilos, sans montée/descente d'échelles, d'escaliers ou d'échafaudages, sans marche en terrains irréguliers, sans marche prolongée au-delà de trente à quarante minutes, sans position accroupie ou à genoux et sans position statique assis ou debout, mais alternance des positions (rapport d'examen final du 9 avril 2019 de la Dre M. _____).

Cette évaluation de la capacité résiduelle de travail théoriquement pleine et entière du recourant dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles n'est pas rediscutée par le médecin traitant dans ses rapports de consultations des 9 octobre 2019 et 19 mai 2020. Le Dr Z. _____, lequel a énoncé qu'il rejoignait l'avis de la CNA concernant les restrictions fonctionnelles, a en effet précisé en dernier lieu que « concernant un travail à 100%, même avec ses limitations, cela me paraît trop important. Je penche toujours pour une activité d'environ 70-80% en cas de travail physique, avec les limitations susmentionnées et de 100% d'activité de travail possible, en cas de travail sans déplacement notoires, ni port de charges ». Ce faisant, le médecin traitant convient de l'estimation de sa consœur.

Du reste, la position de l'OAI n'est pas différente, puis qu'aux termes de sa décision de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité du 3 décembre 2019, il retient, selon les résultats de ses investigations, qu'à partir du 1^{er} mai 2019, bien que l'incapacité de travail était totale dans l'activité antérieure d'étonneur, une pleine capacité de travail exigible de la part de l'assuré dans une activité respectant les limitations fonctionnelles (pas de port de charges répété supérieures à dix-quinze kilos, pas de port de charges supérieures à quinze kilos, pas de montée et de descente d'échelles, d'escaliers ou d'échafaudages, pas de marche en terrains irréguliers, pas de marche prolongée de plus de trente à quarante minutes, pas de position accroupie ou à genoux, pas de position statique assis ou debout mais alternance des positions).

b) On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions circonstanciées de la Dre M. _____, dont le rapport d'examen final du 9 avril 2019 remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante (cf. consid. 4b supra). Ce rapport est en effet le fruit d'une analyse sérieuse et approfondie du cas, en ce qu'il fait état des plaintes exprimées par le recourant, comporte une étude des pièces médicales figurant au dossier et décrit le contexte déterminant. Reposant sur un examen clinique complet, corroboré par ceux effectués trois mois plutôt par ses confrères spécialistes à la CRR, ce rapport contient une appréciation claire de la situation par un praticien expérimenté et aboutit à des conclusions médicales dûment motivées et exemptes de toute contradiction. Celles-ci peuvent donc être suivies.

c) En conclusion, à l'aune des seules séquelles somatiques des accidents de décembre 2015 et février 2018 ainsi que de leurs suites, il y a lieu de retenir avec l'ensemble du corps médical que le recourant disposait, lorsque la décision litigieuse a été rendue, d'une capacité de travail entièrement conservée, à tout le moins depuis le mois de septembre 2019, ceci dans une activité réputée adaptée.

6. S'agissant du calcul du taux d'invalidité et en particulier des éléments économiques retenus par l'intimée, le recourant n'a soulevé

aucun grief à cet égard, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'écarter des chiffres retenus par la CNA, si bien que le taux d'invalidité de 13.98 %, arrondi à 14 % (ATF 130 V 121), doit être confirmé.

7. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 83 LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 31 octobre 2019 par la Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- UNIA Vaud Section Nord vaudois (pour L. _____),
- Me Didier Elsig (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :