

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 juillet 2022

Composition : M. NEU, président
Mme Gabellon et M. Perreten, assesseurs
Greffière : Mme Tedeschi

Cause pendante entre :

S. _____, à [...], recourant, représenté par Me Alexandre Guyaz, avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée.

Art. 16 al. 2 LAA.

E n f a i t :

A. a) A compter du 3 mars 2014, S. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a bénéficié des indemnités de l'assurance-chômage et, à ce titre, était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) pour les accidents professionnels et non professionnels.

Le 11 octobre 2014, l'assuré a chuté dans des escaliers, se tordant le genou gauche (cf. déclaration d'accidents du 24 octobre 2014).

Par prononcé du 7 novembre 2014, la CNA a pris en charge le cas.

Aux termes d'un procès-verbal d'entretien du 30 juin 2015, un collaborateur de la CNA a indiqué que l'assuré avait remis son curriculum vitae (ci-après : CV), dont il ressortait qu'il avait travaillé comme vendeur et monteur technicien chez U. _____ SA entre 2005 et 2013.

Par rapport d'examen du 22 septembre 2015, le Dr D. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a diagnostiqué une déchirure de stade III du ménisque interne avec un foyer de chondropathie de grade IV au niveau du condyle fémoral interne du genou gauche. Les limitations fonctionnelles définitives correspondaient à éviter le port de charges de plus de 15 kg, le travail en position à genoux ou accroupie, la marche en terrain irrégulier, le travail sur des échelles, échafaudages ou escabeaux, ainsi que la station debout immobile prolongée. En sus, il existait un besoin d'alterner les positions. Selon ce médecin, la capacité de travail de l'assuré dans son ancienne activité de monteur technicien était nulle de manière définitive. En revanche, dans une activité adaptée, respectant ses limitations fonctionnelles, celui-ci bénéficiait d'une pleine capacité de travail, laquelle était exigible au jour de l'examen.

En parallèle, le 3 août 2015, l'assuré a déposé une demande tendant à l'octroi de mesures professionnelles ou d'une rente d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Dans ce cadre, l'OAI a pris en charge les frais d'un stage de conseiller en placement effectué auprès de J._____ SA entre le 18 janvier et le 15 avril 2016 (cf. décision du 5 janvier 2016). Cette mesure a été suivie d'un placement à l'essai au sein de cette même société du 16 avril au 16 juillet 2016 (cf. décision du 3 mai 2016). Enfin, par contrat de travail de durée indéterminée conclu le 13 juillet 2016, l'assuré a été engagé par J._____ SA en qualité de « consultant (conseiller en placement) » à compter du 17 juillet 2016, étant précisé que l'OAI a financé les frais d'une allocation d'initiation au travail entre le 17 juillet et le 17 octobre 2016 (cf. décision du 17 octobre 2016).

Dans un procès-verbal d'entretien du 26 septembre 2017, un collaborateur de la CNA a rapporté les déclarations suivantes de l'assuré (sic) :

« [...] je terminais mon contrat chez J._____ et j'en recommençais un directement après dès le 1.3.2017 chez F._____ pour une durée déterminée de 4 mois. [...]

Suite à mon accident de moto de 2012, j'ai bénéficié d'une reconversion professionnelle comme conseiller en personnel prise en charge par l'AI. C'est donc dans cette activité que j'ai retrouvé de l'emploi tout d'abord chez J._____ puis chez F._____ jusqu'à la fin juin 2017 [...].

Je me suis réannoncé au chômage à la fin août pour des prestations que je vais toucher à partir du 11.9.2017. [...]

Par courrier du 11 janvier 2018, la CNA a informé l'assuré qu'elle considérait qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation des traitements médicaux une sensible amélioration de son état de santé, et a dès lors procédé à la clôture du cas.

b) Dans une déclaration de sinistre du 12 novembre 2018, A._____ SA et la Caisse de chômage V._____ ont conjointement annoncé à la CNA qu'en date du 26 octobre 2018, alors qu'il nettoyait un garage, l'assuré s'était blessé au genou gauche après avoir glissé sur une plaque métallique. A._____ SA a précisé que celui-ci avait été engagé en

qualité de monteur en pneumatique à compter du 13 avril 2018 et que son contrat prenait fin au 21 décembre 2018. Quant à la Caisse de chômage V._____, elle a mentionné que l'accident s'était produit au garage U._____ à [...] et que l'intéressé percevait un gain intermédiaire de la société A._____ SA.

Par prononcé du 19 novembre 2018, la CNA a pris en charge l'événement du 26 octobre 2018 au titre de rechute de l'accident du 11 octobre 2014.

En date du 26 novembre 2018, l'assuré a subi une ostéotomie tibiale proximale de valgisation du genou gauche.

c) Dans un rapport du 1^{er} février 2019, le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué à la CNA qu'en date du 27 janvier 2019, l'assuré avait chuté en sortant d'une voiture avec un mouvement de flexion forcée de son genou gauche. Ce médecin a diagnostiqué une fracture du plateau tibial externe, probablement consécutive à la chute susdite, sur status après ostéotomie tibiale proximale de valgisation (effectuée le 26 novembre 2018 pour une gonarthrose gauche post-traumatique), après entorse du genou gauche survenue le 11 octobre 2014 (lésion du ligament croisé antérieur [LCA], lésion du ménisque interne et lésion chondrale sur condyle interne) et après arthroscopie du genou gauche (effectuée le 16 mars 2015).

Dans une déclaration de sinistre du 19 février 2019, la Caisse de chômage V._____ a annoncé l'événement du 27 janvier 2019 à la CNA.

Par courrier du 22 février 2019, la CNA a informé l'assuré qu'elle prenait en charge l'accident survenu le 27 janvier 2019, mais ne lui verserait pas d'indemnités journalières supplémentaires, dans la mesure où celles-ci étaient déjà et encore servies pour les suites de l'accident du 11 octobre 2014 consécutives à la rechute du 26 octobre 2018.

Le 4 février 2019, l'assuré a subi une ostéosynthèse du plateau tibial externe à gauche.

Par rapport du 20 mai 2019, auquel était annexé un rapport du 9 mai 2019, le Dr L. _____ a indiqué que l'évolution était favorable, que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse ne pourrait pas se faire avant 18 mois post-opératoire et que l'arrêt de travail à 100 % était poursuivi jusqu'au 4 juin 2019 en tant que conseiller en personnel ; par la suite, l'assuré devrait chercher du travail, étant actuellement sans emploi.

A teneur de son courrier du 26 juin 2019, la CNA a indiqué à l'assuré qu'une pleine capacité de travail en tant que conseiller en personnel pouvait être exigée de lui dès le 5 juin 2019. Il serait dès lors mis un terme à l'octroi de l'indemnité journalière au 30 juin 2019, l'assuré étant considéré comme apte à travailler à 100 % dès le 1^{er} juillet 2019.

Par rapport du 4 juillet 2019, le Dr L. _____ a relevé que la dernière activité de l'assuré était celle de monteur de pneu - et non pas de conseiller en personnel, tel qu'indiqué dans ses précédents rapports - et que celui-ci ne pouvait actuellement pas travailler dans cette activité. Ce médecin a dès lors prolongé l'arrêt de travail complet pour trois mois supplémentaires.

Dans un courrier du 5 juillet 2019, l'assuré a indiqué à la CNA avoir repris son activité de moteur technicien en pneumatique depuis deux ans et qu'il l'exerçait au moment de son accident. A l'appui de ses allégations, il a remis deux contrats de mission temporaire conclus les 13 avril 2018 (valable pour trois mois) et 12 octobre 2018 (valable jusqu'au 21 décembre 2018) avec U. _____ SA, par l'intermédiaire de la société A. _____ SA.

Dans le cadre de l'instruction, la CNA a requis la production du dossier de l'assuré constitué auprès de l'OAI. Celui-ci comprenait des pièces en lien avec une première demande de prestations datée du

1^{er} octobre 2013, dont un questionnaire rempli le 30 octobre 2013 par U. _____ SA, duquel il ressortait que l'assuré avait travaillé du 7 juillet 2007 au 31 mai 2013 en tant que technicien monteur. Le dossier incluait également l'intégralité des pièces relatives à la seconde demande de prestations du 3 août 2015, y compris un rapport du 22 juin 2016 du Dr M. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), dans lequel celui-ci retenait une incapacité de travail complète dans l'activité habituelle de technicien monteur à compter du 11 octobre 2014 ; une totale capacité de travail dans une activité adaptée dès le 22 septembre 2015 était toutefois admise, consistant en une activité sédentaire avec limitation du port de charges à 15 kg, du travail en position à genou / accroupie, la marche en terrain irrégulier ainsi que les escaliers / échelles et qui permettait l'alternance des positions.

Par décision du 19 juillet 2019, la CNA a confirmé à l'assuré mettre un terme à l'octroi de l'indemnité journalière au 30 juin 2019.

Le 12 septembre 2019, l'assuré, désormais par l'intermédiaire de sa protection juridique, s'est opposé à la décision du 19 juillet précédent. Il a complété, le 15 novembre 2019, son opposition, exposant notamment avoir exercé de manière temporaire, soit entre le 18 janvier 2017 et le 31 janvier 2018, l'activité de conseiller en personnel auprès d'une société gérée par un ami et ne pas avoir reçu de formation complète dans ce domaine. Dès le 13 avril 2018, il avait repris son activité de monteur de pneu, laquelle n'était pas adaptée à ses limitations fonctionnelles, et, partant, n'était plus exigible. Il a également produit les pièces suivantes :

- un rapport du 24 septembre 2019 du Dr X. _____, médecin praticien, lequel indiquait que la capacité de travail était nulle dans l'activité de monteur de pneu, mais demeurait de 50 %, avec une perte de rendement causée par les douleurs, dans l'activité de conseiller en personnel. Les limitations fonctionnelles consistaient en la présence de douleurs quand l'assuré était en position assise, restait debout de manière statique ou essayait de marcher plus de 10 ou 15 minutes ;

- un rapport du 22 octobre 2019 du Dr L._____, lequel mentionnait que les limitations fonctionnelles étaient présentes pour toute activité physique et touchaient la marche, l'accroupissement, les escaliers et le port de charges. Il considérait qu'une activité professionnelle, par exemple de conseiller en personnel, était exigible dès le 5 juin 2019.

Par décision sur opposition du 29 novembre 2019, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré, retenant que l'activité de conseiller en personnel était adaptée aux séquelles induites par les accidents des 11 octobre 2014 et 27 janvier 2019 (à savoir : éviter le port de charges supérieures à 15 kg ; éviter l'exécution de tâches en positions préjudiciables pour le genou gauche ; permettre l'alternance des positions assises et debout ; possibilité de marcher limitée à 20 minutes et à un périmètre de 500 m) et que l'assuré pouvait l'exercer à 100 %. En particulier, en indiquant ne pas apprécier la fonction de conseiller en personnel et en se prévalant d'une totale incapacité de travail dans son activité de monteur technicien en pneumatique - laquelle n'était effectivement pas adaptée aux limitations fonctionnelles -, l'assuré violait son obligation de réduire le dommage.

B. a) Par acte du 10 janvier 2020, S._____, désormais représenté par son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition du 29 novembre 2019 et a formulé les conclusions suivantes (sic) :

« Plaise à la Cour des assurances sociales du Tribunal du Canton de Vaud de prononcer, sous suite de frais et dépens :

Principalement,

I. Le recours est admis.

II. La décision du 29 novembre 2019 est annulée en ce sens que M. S._____ est mis au bénéfice des indemnités journalières au taux qui sera déterminé au terme de l'instruction, à compter du 1^{er} juillet 2019.

Subsidiairement à I et II

III. Le recours est admis.

IV. La décision du 29 novembre 2019 est annulée en ce sens que M. S._____ est mis au bénéfice d'une rente d'invalidité au taux qui

sera déterminé au terme de l'instruction, à compter du 1^{er} juillet 2019.

V. La décision du 29 novembre 2019 est annulée en ce sens que M. S. _____ est mis au bénéfice d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité au taux qui sera déterminé au terme de l'instruction, avec intérêt à 5 %, dès le 1^{er} juillet 2021.

Plus subsidiairement à I et II et à III, IV et V,

VI. Le recours est admis.

VII. La décision du 29 novembre 2019 est annulée en ce sens que M. S. _____ est mis au bénéfice des indemnités journalières à 100%, à compter du 1^{er} juillet 2019 et jusqu'au 30 novembre 2019.

VIII. M. S. _____ est mis au bénéfice d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, au taux qui sera déterminé au terme de l'instruction, avec intérêt à 5 %, dès le 1^{er} juillet 2021.

Encore plus subsidiairement à I et II ainsi qu'à III, IV et V ainsi qu'VI, VII et VIII,

IX. Le recours est admis.

X. La décision du 29 novembre 2019 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour complément d'instruction sur la question de la stabilisation de l'état de santé, sur les limitations fonctionnelles, sur la capacité de gain dans une activité adaptée, sur le taux d'invalidité et sur le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, sous la forme d'une nouvelle expertise orthopédique et nouvelle décision. »

Le recourant a également requis que soient mises en œuvre, principalement, une expertise orthopédique et, subsidiairement, l'audition du Dr L. _____. En substance, il a fait valoir que l'intimée avait violé son obligation d'instruire quant aux questions de la stabilisation de son état de santé – laquelle n'était pas atteinte au 30 juin 2019 –, de ses limitations fonctionnelles et de sa capacité de travail dans l'activité adaptée de conseiller en placement. Il s'est également prévalu, à titre subsidiaire, d'une absence d'instruction quant à son droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI), ces éléments n'ayant par ailleurs pas été abordés dans la décision attaquée. A titre plus subsidiaire encore, il a requis l'octroi, si la cessation du versement des indemnités journalières au 30 juin 2019 devait être confirmée, d'un délai de transition de cinq mois pour reprendre une activité professionnelle, durant lequel lesdites indemnités devaient lui être intégralement servies.

b) Dans sa réponse du 12 février 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours et renvoyé aux considérants de la décision litigieuse, rappelant que la preuve de la persistance, postérieurement au 30 juin

2019, d'une incapacité de travail imputable aux accidents assurés n'était pas établie. S'agissant de l'allocation d'une pleine indemnité journalière durant un délai transitoire de cinq mois, elle a considéré qu'il n'y avait pas lieu de l'accorder au recourant, dans la mesure où sa situation ne saurait être assimilée à celle d'un assuré en totale incapacité de travail dans son activité habituelle et devant se chercher un quelconque emploi adapté sur le marché du travail. Enfin, elle a précisé s'être limitée à mettre un terme au versement des indemnités journalières, et non pas à la prise en charge des traitements médicaux, et ne jamais avoir considéré que l'état de santé du recourant aurait été stabilisé au 30 juin 2019. Selon elle, il n'y avait ainsi pas lieu d'entrer en matière sur les questions d'une rente d'invalidité ou d'une IPAI.

c) Répliquant le 2 mars 2020, le recourant a maintenu ses conclusions, ses réquisitions de preuve et son argumentation du 10 janvier 2020. En particulier, il a exposé que, dans sa profession habituelle de monteur en pneumatique, sa capacité de travail était nulle et qu'en définitive, l'intimée exigeait de sa part un changement de profession en lui demandant de travailler en tant que conseiller en personnel.

d) Dupliquant le 25 mars 2020, l'intimée a confirmé ses conclusions du 12 février 2020, exposant ne pas avoir requis du recourant un changement d'activité, celui-ci ayant appris et exercé celle de conseiller en personnel.

e) Le recourant s'est déterminé en date du 8 juin 2020.

f) Par ordonnance du 11 juin 2020, le juge instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise judiciaire orthopédique.

g) Le 31 août 2020, le recourant a subi une ablation du matériel d'ostéosynthèse, laquelle a été prise en charge par l'intimée, conformément à son courrier du 29 juin 2020.

h) Dans un rapport d'expertise judiciaire du 11 septembre 2020, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a considéré qu'au 1^{er} juillet 2019, les limitations fonctionnelles du recourant consistaient en une limitation dans les longues stations debout, à la marche avec port de charges, à la montée / à la descente d'escaliers et éventuellement dans la conduite prolongée de machine. Il a répondu qu'au 1^{er} juillet 2019, il existait une pleine capacité de travail dans une activité à vocation administrative (à savoir dans un travail de conseiller en personnel, respectivement dans un emploi au sein d'une agence de placement), ainsi que dans n'importe quelle activité respectant les limitations fonctionnelles retenues. S'agissant des traitements, l'expert a estimé qu'à court terme, une injection d'acide hyaluronique ou de plasma riche en plaquettes pourrait apporter une certaine amélioration. Néanmoins, à plus long terme et de manière plus efficace, l'implantation d'une prothèse totale du genou gauche pourrait améliorer sensiblement les douleurs, la qualité de vie et la fonction du genou, notamment la tolérance à la marche et aux efforts, sans toutefois ne permettre de reprendre une profession lourde. En effet, malgré l'intervention, des limitations fonctionnelles subsisteraient, à savoir la limitation des longues stations debout et assises, de la capacité de marche, dans les escaliers et pour le transport de lourdes charges. Selon lui, au jour de l'expertise, l'état final (soit le fait de ne plus pouvoir améliorer sensiblement l'état de santé par un traitement) n'avait pas été atteint, mais pourrait l'être par l'implantation de ladite prothèse.

Dans ses déterminations du 26 octobre 2020, l'intimée a indiqué examiner les propositions de traitement de l'expert et que la question de l'IPAI serait traitée lorsque le traitement médical serait terminé, ce qui n'était pas encore le cas.

Le 26 novembre 2020, le recourant a proposé de soumettre des questions complémentaires à l'expert et répété que le fait que l'activité de conseiller en personnel était adaptée ne permettait pas de justifier l'arrêt du versement des indemnités journalières.

i) Dans un complément d'expertise du 14 décembre 2020, le Dr H. _____ a retenu qu'en suite de l'accident du 27 janvier 2019, compte tenu du type de lésion concernée et de l'expérience médicale, une activité sédentaire (en l'occurrence, celle de conseiller en placement) représentait une activité adaptée qui pouvait être reprise à 100 % entre le troisième et le quatrième mois post-accident. S'agissant des suites de l'intervention survenue le 31 août 2020, on pouvait prévoir que la capacité de travail était complète un ou deux mois ensuite de ladite opération.

Se déterminant le 11 janvier 2021, le recourant a relevé que l'appréciation de l'expert quant à une reprise professionnelle trois à quatre mois après l'accident de janvier 2019 ne correspondaient pas à la réalité, dans la mesure où il avait dû être opéré le 31 août 2020.

Par déterminations du 12 janvier 2021, l'intimée s'est rangée aux conclusions de l'expert.

Le 1^{er} février 2021, le recourant s'est déterminé.

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 – compte tenu des fêtes judiciaires hivernales (art. 38 al. 4 let. c LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA) – 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. En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant aux indemnités journalières postérieurement au 30 juin 2019, singulièrement sur la question de l'existence d'une pleine capacité de travail dès le 1^{er} juillet 2019.

3. Dans un premier grief de nature formelle relevant de la violation du droit d'être entendu, lequel doit être examiné à titre liminaire, le recourant se prévaut implicitement d'un défaut de motivation, constitutif d'un déni de justice formel, en ce sens que l'intimée n'a pas traité, dans la décision attaquée, de son droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI).

a) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une

autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

b) En l'occurrence, le motif du recourant tombe à faux. En effet, comme cela sera développé ci-dessous (cf. consid. 6 *infra*), il n'était pas nécessaire, au stade de la décision litigieuse, que l'intimée tranche les questions du droit à la rente d'invalidité et de l'IPAI. Il ne saurait dès lors être considéré que le droit d'être entendu du recourant aurait été violé.

4. a) Selon 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. Est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

b) L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident ; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). La notion d'incapacité de travail, à laquelle renvoie l'art. 16 al. 1 LAA comme condition du droit à l'indemnité journalière, est définie à l'art. 6 LPGA. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (art. 6, 1^{ère} phrase, LPGA). En cas d'incapacité de travail durable dans l'ancienne profession, l'assuré est en revanche tenu, en vertu de son devoir de diminuer le dommage, d'utiliser dans un autre secteur sa capacité fonctionnelle résiduelle (art. 6, 2^e phrase, LPGA).

L'indemnité journalière vise à couvrir le risque de la perte de salaire due à une incapacité de travail. Dès le moment où l'assuré est reconnu médicalement apte à reprendre son activité habituelle, il n'a plus droit aux prestations en espèces de l'assurance-accidents. Même si ses rapports de travail ont été résiliés après l'accident, l'assureur-accidents n'est pas tenu de lui verser des indemnités journalières pendant la période de recherche d'un emploi s'il a conservé une capacité de travail médicalement exigible. Le risque de la perte de salaire durant cette période n'incombe pas à l'assureur-accidents mais relève de l'assurance-chômage. Le droit au maintien de l'indemnité journalière pendant la recherche d'un emploi n'est admis que dans l'hypothèse où l'activité habituelle n'est médicalement plus exigible et qu'un changement de profession s'impose sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage. Dans ce cas, l'assureur-accidents doit impartir à l'assuré un délai convenable pendant lequel l'indemnité journalière continue de lui être versée afin de lui permettre de retrouver un emploi adapté à son état de santé. La durée de ce délai doit être appréciée selon les circonstances du cas particulier ; elle est généralement de trois à cinq mois selon la pratique applicable en matière d'assurance-maladie (ATF 129 V 460 consid. 5.2 ; 114 V 281 consid. 5b ; TF 8C_876/2013 du 15 octobre 2014 consid. 4 et les références). A l'issue de ce délai, le droit à l'indemnité journalière dépend de l'existence d'une éventuelle perte de gain imputable au risque assuré. Celle-ci se détermine par la différence entre le revenu qui pourrait être obtenu sans la survenance de l'éventualité assurée dans la profession exercée jusqu'alors et le revenu qui est obtenu ou pourrait raisonnablement être réalisé dans la nouvelle profession. La perte de gain chiffrée en pour cent donne ainsi le taux de l'incapacité de travail résiduelle (TF 8C_310/2019 et 8C_320/2019 du 14 avril 2020 consid. 6.1.2 et les références ; TF 8C_861/2008 du 7 juillet 2009 consid. 3).

c) Conformément à l'art. 19 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 traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

Dès lors, dans le cas où les conditions de l'art. 19 al. 1 LAA sont remplies, il appartient à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 134 V 109 consid. 4.1).

Par ailleurs, la jurisprudence susmentionnée (cf. consid. 4b, 2^e paragraphe, *supra*) prévoyant l'octroi d'un délai transitoire lorsqu'une activité de substitution est exigible en cas d'incapacité de travail durable, ne concerne que l'indemnité journalière ; elle n'est pas transposable au domaine des rentes pour lesquelles le droit prend naissance selon d'autres conditions, soit celles prévues par l'art. 19 LAA (TF 8C_687/2014 du 9 septembre 2015 consid. 5.1). Autrement dit, lorsque le droit à l'indemnité journalière cesse du fait que les conditions du droit à la rente sont remplies au sens de l'art. 19 al. 1, 1^{ère} phrase, LAA – soit dès que l'état de santé de la personne assurée est stabilisé –, l'assureur-accidents n'est pas tenu d'impartir à la personne assurée un délai pour s'adapter aux nouvelles circonstances et de lui verser les indemnités journalières pendant cette période (TF 8C_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 4.3 ; TF 8C_310/2019 et 8C_320/2019 du 14 avril 2020 consid. 6.1.2).

5. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGa), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il

prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

b) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

d) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition

de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid 4.4 et les références citées). Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

6. En l'occurrence, il convient au préalable de clarifier le fondement juridique sur lequel l'intimée a justifié la cessation des indemnités journalières. Il ressort de la décision litigieuse et du mémoire de réponse du 12 février 2020 que l'intimée s'est exclusivement référée à l'art. 16 al. 2 LAA, soit aux conditions d'existence du droit aux indemnités journalières, retenant que le recourant avait recouvré une pleine capacité de travail dans l'activité adaptée de conseiller en placement dès le 1^{er} juillet 2019.

Elle n'a en revanche pas considéré que la fin des indemnités journalières aurait été justifiée, car il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé du recourant, tel que le soutient à tort ce dernier, et n'a pas fait application de l'art. 19 al. 1 LAA. Les parties s'accordent d'ailleurs sur l'absence de stabilisation de l'état de santé du recourant, à tout le moins, au 30 juin 2019, l'intimée ayant au demeurant continué à prendre en charge les traitements médicaux postérieurement à cette date, notamment l'opération du 31 août 2020. De même, cette appréciation rejoint celle de l'expert judiciaire. Il n'y a dès lors pas lieu de revenir sur la question de la stabilisation de l'état de santé, laquelle n'est, en réalité, pas litigieuse. Par ailleurs, la question de l'octroi d'une rente d'invalidité, au sens de l'art. 19 al. 1 LAA, n'avait pas à être traitée par l'intimée dans la

décision querellée, la fin des indemnités journalières n'étant pas justifiée par l'ouverture du droit à une telle rente (cf. ATF 144 V 354 consid. 4.2 *a contrario*). Tel est également le cas de l'IPAI, cette prestation devant être fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (art. 24 al. 2 LAA ; cf. ATF 144 V 354 précité). Dès lors, les conclusions subsidiaires prises par le recourant tendant à l'octroi desdites prestations doivent être rejetées, car d'emblée mal fondées, pour autant qu'elles soient recevables (sur ce dernier point : ATF 144 II 359 consid. 4.3; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

Dès lors, les seules questions devant être examinées sont celles de déterminer si le recourant disposait, au 1^{er} juillet 2019, d'une pleine capacité de travail dans une quelconque activité et, le cas échéant, subissait une perte de gain.

7. Pour ce faire, la valeur probante de l'expertise judiciaire du 11 septembre 2020 et de son complément du 14 décembre 2020 doit être examinée,

a) Il est relevé au préalable que la mise en œuvre de cette expertise a été ordonnée par la Cour de céans, dans la mesure où, suite de l'accident du 27 janvier 2019, n'avaient été portés au dossier que les rapports des médecins traitants du recourant, lesquels divergeaient sur la question centrale de la capacité de travail dans l'activité de conseiller en placement. Le Dr L._____, pour sa part, retenait une pleine capacité de travail dès le 5 juin 2019, cette conclusion n'étant toutefois pas clairement compréhensible, sauf à la lecture conjointe de ses rapports successifs des 9 mai, 20 mai, 4 juillet et 22 octobre 2019. Quant au Dr X._____, il retenait, à la date de son rapport du 24 septembre 2019, une capacité de travail de 50 %.

b) En l'occurrence, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions convaincantes de l'expertise judiciaire du Dr H._____.

En effet, le rapport d'expertise et son complément remplissent toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante de tels documents. L'expert judiciaire a rencontré le recourant à deux reprises, étudié l'intégralité de son dossier médical et retranscrit, respectivement pris en compte ses plaintes. L'anamnèse effectuée est ainsi complète. L'expert a également dûment motivé ses conclusions, lesquelles sont basées sur l'expérience médicale et des résultats objectifs, notamment des examens cliniques et de la documentation radiologique, et il a répondu minutieusement aux questions posées par les parties. Il s'est prononcé de manière précise et convaincante sur les atteintes au genou, les traitements mis en œuvre et ceux étant encore envisageables – proposant notamment une injection d'acide hyaluronique ou de plasma riche en plaquettes ainsi que la pose d'une prothèse du genou gauche –, la capacité de travail et les limitations fonctionnelles.

Il a, en définitive, retenu une évolution favorable de l'atteinte du genou gauche ensuite, d'une part, de l'ostéotomie tibiale proximale de valgisation du 26 novembre 2018 (justifiée notamment par la chute du 26 octobre 2018) et, d'autre part, de l'ostéosynthèse du tableau tibial externe du 4 février 2019 (nécessitée par la fracture survenue le 27 janvier 2019). Selon lui, au 1^{er} juillet 2019, le recourant avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité sédentaire adaptée – telle que celle de conseiller en placement –, le genre de lésion considérée permettant la reprise d'une activité adaptée trois à quatre mois post-accident. Ses limitations fonctionnelles consistaient en une limitation dans les longues stations debout, à la marche avec port de charges, à la montée / à la descente d'escaliers et éventuellement dans la conduite prolongée de machine, ces restrictions étant similaires à celles retenues par les autres médecins (cf. rapports du 22 septembre 2015 du Dr D._____, du 22 juin du Dr M._____, des 9 mai, 20 mai, 4 juillet et 22 octobre du Dr L._____ et du 24 septembre 2019 du Dr X._____). Cette appréciation ne saurait être mise en doute par le fait que le recourant a une nouvelle fois été opéré le 31 août 2020. Cette dernière intervention représentait en effet la continuation naturelle du traitement mis en œuvre après l'accident du 27 janvier 2019, dans la mesure où elle

consistait à retirer le matériel d'ostéosynthèse posé en date du 4 février 2019 et était envisagée dès cette période par le Dr L._____, ce médecin ayant estimé, dans son rapport du 9 mai 2019, à 18 mois post-opératoire le temps d'attente avant l'intervention de retrait dudit matériel. Elle ne permet dès lors pas de conclure que le recourant aurait continué à être en incapacité de travail. Au demeurant, la question des conséquences de l'incapacité de travail induite par l'opération du 31 août 2020 et ensuite de celle-ci n'a pas à être examinée par la Cour de céans, le juge appréciant la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent en revanche faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1). Par conséquent, il reviendra de transférer le dossier à l'intimée afin qu'elle examine cette question.

c) En conclusion, il convient de constater que le recourant disposait, au 1^{er} juillet 2019, d'une complète capacité de travail dans une activité adaptée, telle que celle de conseiller en placement.

8. Reste encore à déterminer si le recourant devait se voir octroyer un délai transitoire de cinq mois, durant lequel lui auraient été servies des indemnités journalières complètes.

a) Entre le 7 juillet 2007 et le 31 mai 2013, le recourant a travaillé en qualité de technicien monteur auprès de la société U._____ SA, avant d'être licencié pour cause de restructuration (cf. CV du recourant remis au terme d'un entretien du 30 juin 2015 ; questionnaire AI pour employeur complété le 30 octobre 2013). Il a, par la suite, émargé à l'assurance-chômage, période au cours de laquelle il a été victime, le 11 octobre 2014, de son premier accident au genou gauche. Cet événement a justifié l'ouverture de deux procédures, l'une auprès de l'OAI et l'autre auprès de l'intimée, au cours desquels il a été unanimement reconnu la pleine et définitive incapacité de travail du recourant dans son activité habituelle de monteur de pneu à compter du 11 octobre 2014. Il a également été établi qu'à compter du 22 septembre

2015, une capacité de travail complète demeurait dans une activité (sédentaire) adaptée aux limitations fonctionnelles, consistant à éviter le port de charges de plus de 15 kg, le travail en position à genoux ou accroupie, la marche en terrain irrégulier, le travail sur des échelles, échafaudages ou escabeaux, ainsi que la station debout immobile prolongée, avec la possibilité d'alterner les positions (cf. le rapport d'examen du 22 septembre 2015 du Dr D._____, confirmé par le rapport du 22 juin 2016 du Dr M._____). Le recourant a ainsi été réhabilité par l'OAI dans la profession de conseiller en personnel, ayant bénéficié d'un stage et d'un placement à l'essai dans cette activité auprès de la société J._____ SA entre le 18 janvier 2016 et le 16 juillet 2016, avant d'être engagé par cette société dès le 17 juillet 2016. Il a exercé cette fonction, à tout le moins, jusqu'à la fin du mois de juin 2017, tel que cela ressort du procès-verbal d'entretien du 26 septembre 2017, étant précisé qu'il a également mentionné, dans son complément d'opposition du 15 novembre 2019, avoir travaillé en cette qualité jusqu'au 31 janvier 2018. Par la suite, il a émargé à l'assurance-chômage et, dans ce cadre, a repris son activité de monteur de pneu dès le 13 avril 2018 (à titre de gain intermédiaire), ayant été engagé pour des missions temporaires par son ancien employeur, U._____ SA. En date du 12 novembre 2018, il a été victime d'un deuxième accident au genou gauche, ce qui a mis un terme à sa dernière mission, pour laquelle il avait initialement été engagé jusqu'au 21 décembre 2018 (cf. déclaration de sinistre du 12 novembre 2018 ; contrats de missions des 13 avril 2018 et 12 octobre 2018 conclus avec A._____ SA). Depuis lors, le recourant n'a plus repris d'activité professionnelle et a subi, le 27 janvier 2019, un troisième accident à son genou gauche.

b) Il découle de ce qui précède que l'activité de monteur de pneu n'était définitivement plus exigible et adaptée à compter du premier accident du 11 octobre 2014, le recourant se prévalant d'ailleurs d'une totale incapacité de travail dans cette profession. Le fait que, durant quelques mois, celui-ci avait repris provisoirement ce travail dans le cadre de missions temporaires auprès de son ancien employeur et qu'il s'agissait de la dernière activité exercée au moment des accidents des 26 octobre

2018 et 27 janvier 2019 n'y change rien. On ne saurait dès lors considérer que le travail de monteur de pneu correspondrait à l'activité habituelle du recourant.

De même, le recourant a travaillé en tant que conseiller en personnel du 18 janvier 2016 jusqu'à la fin du mois de juin 2017, à tout le moins, voire jusqu'au 31 janvier 2018, soit durant une période substantielle, cette activité étant adaptée à son état de santé depuis le 22 septembre 2015. Il convient dès lors de considérer que lors de la survenance des deux accidents successifs des 26 octobre 2018 et 27 janvier 2019, le travail de conseiller en placement correspondait à l'activité habituelle du recourant. Le fait que ce dernier n'appréciait pas cette profession, ne s'y sentait pas à l'aise, qu'il l'aurait exercée dans la société de l'un de ses amis ou qu'il n'avait pas suivi de formation complète en la matière ne contredit en rien cette constatation.

c) Eu égard à ce qui précède, en reconnaissant au recourant une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de conseiller en personnel, laquelle était adaptée à ses limitations fonctionnelles, dès le 1^{er} juillet 2019, l'intimée n'a pas exigé de sa part un changement de profession propre à justifier l'octroi d'un délai de transition de trois à cinq mois. Elle était ainsi légitimée à mettre fin aux indemnités journalière au 30 juin 2019.

9. Finalement, la réquisition de preuve du recourant tendant à l'audition du Dr L. _____ doit être rejetée, dans la mesure où elle était subsidiaire à celle de mise en œuvre d'une expertise judiciaire et ne serait, quoi qu'il en soit, pas en mesure de modifier la conviction de la Cour de céans (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

10. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition querellée 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. 82a LPGA).

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 29 novembre 2019 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, est confirmée.

III. Le dossier est transmis à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents pour qu'elle procède conformément aux considérants.

IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué d'indemnité de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Alexandre Guyaz (pour S. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,

- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :