

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 septembre 2020

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
Mmes Pasche et Durussel, juges  
Greffière : Mme Tedeschi

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**N.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par la CAP Protection Juridique, à  
Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 et 43 al. 1 LPGA ; 19 al. 1 LAA.**

**E n f a i t :**

**A.** Depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2013, N.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], était employé par B.\_\_\_\_\_ Sàrl en qualité de monteur de fibres optiques. A ce titre, il était assuré contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 6 octobre 2015, l'assuré est tombé d'un escabeau et s'est tapé le genou gauche contre un meuble, alors qu'il se trouvait sur un chantier.

Dans un rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du genou gauche du 7 octobre 2015, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a conclu qu'il n'existait ni fracture décelable, ni épanchement articulaire.

Après l'annonce du sinistre par l'employeur le 20 octobre 2015, la CNA a pris en charge le cas (frais médicaux et indemnités journalières).

Le 2 novembre 2015, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a procédé à une IRM de la colonne lombaire et a indiqué ce qui suit (sic) :

« Conclusion

Status après fracture tassement de L1 ancienne et modérée. Discarthrose avec pincement discal prédominant en L1-L2 L2-L3 et modification de type Modic I et II à ces niveaux. Discopathie et protrusions discales étagées. Canal lombaire étroit sévère en L2-L3 et modérée en L3-L4. Arthropathie interfacettaire étagée prédominant en L3-L4 droite ».

Après avoir rencontré l'intéressé le 7 octobre 2015 - soit le lendemain de son accident -, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a relevé, dans un rapport du 21 décembre 2015, que l'intéressé était en arrêt de travail complet depuis

le 6 octobre 2015. Il a posé le diagnostic de contusion du genou gauche et a indiqué que les douleurs étaient persistantes, que le pronostic était réservé et que le traitement actuel consistait en un suivi orthopédique qui s'étalerait sur l'année 2016.

L'assuré s'est par la suite adressé au Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a préconisé, dans son rapport du 17 février 2016, qu'une arthroscopie du genou gauche soit réalisée, ensuite d'un rapport d'IRM effectuée le 10 février 2016, dont les résultats ne permettaient pas, selon ce médecin, d'expliquer les gonalgies externes gauches.

Dans un compte-rendu d'entretien du 12 avril 2016, le collaborateur de la CNA a indiqué que l'intéressé lui avait expliqué avoir reçu sa lettre de congé pour le 31 mai 2016, son incapacité de travail ayant contraint son employeur à engager un autre monteur de fibres optiques. En particulier, l'assuré avait exposé avoir été victime en 2005 d'un grave accident professionnel avec des lésions au niveau d'une vertèbre lombaire, à la suite duquel il s'était annoncé à Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Il avait finalement relevé qu'actuellement, l'état de son dos était stable, mais que, suivant les positions de travail adoptées, il ressentait « plus ou moins » de douleurs.

Le 18 mai 2016, la CNA a accepté la prise en charge de l'intervention chirurgicale recommandée par le Dr R.\_\_\_\_\_ à titre de frais d'éclaircissement. Ce médecin a réalisé le 13 juin suivant une arthroscopie du genou gauche et une ménisectomie antéro-externe associée à une chondroplastie de la trochlée fémorale.

Le 5 juillet 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI en raison d'une déchirure méniscale du genou droit (*recte* gauche) et lombalgie sur canal lombaire étroit.

Par rapport du 13 octobre 2016, le Dr R.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'ensuite de l'opération chirurgicale du 13 juin précédent, l'évolution était difficile en raison de la persistance des douleurs et qu'il existait des limitations à la mobilité.

Le 15 février 2017, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a ausculté l'assuré et a indiqué ce qui suit (sic) :

« Objectivement, on est face à un assuré présentant une obésité morbide avec un BMI supérieur à 45. La marche ne montre pas de boiterie majeure. L'accroupissement est possible sur la moitié de la distance. Le morphotype des MI montre un valgus important mais le genou G n'a pas d'épanchement intra-articulaire et sa mobilité est comparable au côté sain. La mesure de la circonférence des cuisses et des mollets ne montre pas de différence significative.

Des suites de l'accident du 06.10.2015, on doit reconnaître à l'assuré des limitations fonctionnelles que sont les marches prolongées en terrain irrégulier, la montée ou la descente répétées d'escaliers et d'échelles ainsi que les travaux accroupis ou à genoux. Dans une activité respectant ces limitations, notre assuré peut faire valoir une pleine capacité de travail.

Aucune IpAI n'est due des suites de l'accident du 06.10.2015.

9 mois après l'intervention du 13.06.2016, on peut admettre que la situation médicale est stabilisée ».

Aux termes de sa communication du 31 juillet 2017, la CNA a informé l'assuré mettre fin au 30 novembre 2017 à la prise en charge des frais médicaux et au versement des indemnités journalières, l'examen du droit à d'autres prestations étant toutefois réservé. En effet, il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident.

A teneur de sa décision du 31 octobre 2017, l'OAI a, quant à lui, octroyé à l'assuré une rente d'invalidité entière du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mai 2017.

Pour faire suite à son courrier du 31 juillet 2017 et par décision du 28 novembre 2017, la CNA a, d'une part, reconnu à l'assuré le droit à une rente d'invalidité de 10 % dès le 1<sup>er</sup> décembre 2017, calculée sur un

gain annuel assuré de 66'363 fr., et, d'autre part, nié le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. L'effet suspensif d'une éventuelle opposition a été retiré. La CNA a retenu qu'en dépit des séquelles de l'accident, l'assuré était à même d'exercer une activité plus légère, à la condition toutefois que les tâches à exécuter ne demandent pas de marches prolongées en terrain irrégulier, de montées et descentes répétées d'escaliers ou d'échelles et que les travaux à genoux ou en position accroupie étaient à éviter, ainsi que le port de lourdes charges. Une telle activité était exigible en plein, durant toute la journée, et permettrait à l'assuré de réaliser un gain avec invalidité de 60'665 francs. Comparé au gain réalisable sans accident de 67'600 fr., il en résultait une perte économique de 10 %. De surcroît, selon les constatations médicales, l'accident n'avait pas entraîné de conséquence qui constituait une atteinte importante à l'intégrité.

Le 11 décembre 2017, l'assuré, représenté par la CAP (Protection juridique), a formé opposition à l'encontre de la décision du 28 novembre précitée. Le 29 janvier 2018, il a complété son opposition, concluant principalement à l'annulation de la décision entreprise et à la reprise en charge des prestations provisoires de l'assureur-accidents - partant à la suspension de l'examen du droit à une rente invalidité ; subsidiairement, il a requis la mise en œuvre d'une expertise indépendante ou menée par la Clinique C.\_\_\_\_\_ (ci-après : C.\_\_\_\_\_), afin que soit corrigé le taux d'invalidité de 10 % retenu. A titre liminaire, l'intéressé a rappelé être en incapacité complète de travail depuis le 6 octobre 2015 et continuer à souffrir de douleurs consécutives à un premier accident survenu en 2005. A cet égard, il a produit un rapport du 15 janvier 2018 du Dr R.\_\_\_\_\_ qui avait indiqué que l'assuré était dans l'incapacité totale de travailler, quelle que soit la profession, et qu'en raison du traumatisme au dos avec des lombalgies résiduelles, il ne pouvait rester assis que dix minutes et, les bons jours, au maximum une heure, en appui sur le membre inférieur droit qui finissait toutefois par être douloureux, tout comme le membre inférieur gauche. Le patient pouvait en outre rester debout légèrement penché en avant. De surcroît, l'assuré a mis en doute la fiabilité et la pertinence des conclusions du Dr

S.\_\_\_\_\_. Il a également fait valoir qu'il continuait à ressentir des douleurs persistantes, en lien de causalité avec l'événement du 6 octobre 2015, de sorte que le statu quo n'était pas atteint et que les frais de physiothérapie - prescrite par le Dr R.\_\_\_\_\_- devaient continuer à être pris en charge, afin d'améliorer sensiblement sa capacité de travail.

Dans un avis du 1<sup>er</sup> février 2018, le Dr S.\_\_\_\_\_ a confirmé les conclusions prises dans son rapport du 15 février 2017, le rapport du 15 janvier 2018 du Dr R.\_\_\_\_\_ ne l'ayant pas conduit à modifier son appréciation.

Le 7 décembre 2018, la CNA a, en sus, demandé au Dr S.\_\_\_\_\_ si les troubles lombaires invoqués par l'assuré pouvaient être imputés, au moins au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'événement du 21 mars 2005, et si, dans l'affirmative, ces troubles modifiaient son rapport du 15 février 2017.

Par avis du 13 février 2019, le Dr S.\_\_\_\_\_ a répondu qu'il existait des troubles dégénératifs à l'étage lombaire, ainsi qu'une image d'ancien tassement de L1 sur des radiographies datées du 14 avril 2014. En revanche, n'ayant aucun renseignement médical sur l'événement du 21 mars 2005, il ne pouvait dire si cette atteinte arthrosique lombaire était à la charge de la CNA.

En parallèle, la CNA a procédé à des mesures d'instruction complémentaires, dans le but notamment d'éclaircir la situation médicale en lien avec les troubles lombaires invoqués et l'événement survenu en 2005, sinistre qui avait à l'époque été pris en charge par la CNA, l'OAI et l'assureur-maladie. Dans ce cadre, la CNA a recueilli les documents suivants :

- Un rapport du 27 juin 2008 du Dr I.\_\_\_\_\_, médecin-consultant auprès de A.\_\_\_\_\_ (ci-après : A.\_\_\_\_\_), qui avait indiqué, s'agissant en premier lieu de l'évènement survenu le 21 mars 2005, que l'assuré avait été victime d'un accident de travail, ce dernier ayant été

coincé entre deux bennes à déchets. Toutefois, le diagnostic lésionnel n'était pas connu et on ne disposait d'aucun rapport médical. Le Dr I.\_\_\_\_\_ avait encore rappelé qu'une incapacité de travail totale avait suivi, avec reprise complète dès le 23 mai 2005, et que le cas avait été pris en charge par la CNA. L'assuré avait également connu une recrudescence des douleurs lombaires en janvier 2008, cas qui avait été pris en charge par l'assurance-maladie ;

- Une lettre de sortie du 24 septembre 2008 du Dr X.\_\_\_\_\_, médecin praticien et chef de clinique auprès du Département de l'appareil locomoteur du Centre D.\_\_\_\_\_ (ci-après : D.\_\_\_\_\_), qui avait diagnostiqué des lombalgies chroniques dans le contexte de troubles dégénératifs et un déconditionnement physique et psychique. Il avait mentionné qu'un accompagnement psychologique avait été proposé, avec un contrôle par le psychologue le jour même, et avait suggéré l'éventualité d'une évaluation portant sur l'introduction d'un antidépresseur ;

- Un rapport du 27 mai 2010 du Dr X.\_\_\_\_\_ qui avait posé le diagnostic de lombalgies chroniques avec cruralgies gauches intermittentes dans un contexte de canal lombaire étroit L2/L3, de troubles dégénératifs étagés, de status après fracture-tassement de L1 et de déconditionnement physique ;

- Un avis du 11 juillet 2017 du Dr T.\_\_\_\_\_, médecin du travail et expert auprès du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), invité à se prononcer sur la pertinence des examens effectués par les Drs R.\_\_\_\_\_ dans le cadre de l'instruction menée par l'assurance-accidents en lien avec l'événement du 6 octobre 2015. Le Dr T.\_\_\_\_\_ avait indiqué qu'il ne voyait pas ce qui justifiait une telle différence d'appréciation entre les conclusions de ces deux médecins. Selon lui, l'examen du Dr S.\_\_\_\_\_ était probant, les points litigieux importants ayant fait l'objet d'une étude fouillée, fondée sur des examens complets et prenant en considération les plaintes exprimées. Le Dr S.\_\_\_\_\_ avait établi ses conclusions après avoir pris connaissance du dossier, la description du contexte médical

était claire et les conclusions étaient bien motivées. Dès lors, le Dr T.\_\_\_\_\_ n'avait pas retenu les allégations, peu fondées selon lui, du Dr R.\_\_\_\_\_. Il avait finalement indiqué que les pièces présentées par l'assuré n'avaient qu'une force probante inférieure et avait rappelé le critère jurisprudentiel d'empathie du médecin traitant.

Invité à se déterminer à nouveau sur ces éléments, le Dr S.\_\_\_\_\_ a indiqué dans un avis du 20 février 2019 que, selon lui, les troubles lombaires pouvaient être imputés, au moins au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'événement du 21 mars 2005. Par ailleurs, ces atteintes modifiaient son appréciation du 15 février 2017 dans le sens qu'elles justifiaient des limitations fonctionnelles supplémentaires, soit les travaux en porte-à-faux, le port de charges supérieur à 15 kg et les mouvements répétés de flexion-extension ou de rotation du tronc.

Le 3 juillet 2019, le Dr R.\_\_\_\_\_ a rencontré l'assuré et a rendu un rapport du même jour, aux termes duquel il a indiqué ce qui suit (sic) :

« Sinistre [...]

L'assuré est victime d'une fracture-tassement de L1 le 21.03.2005. Le traitement est resté conservateur. Le bilan radiologique montre une légère cunéiformisation de L1, mesurée à 14°. On note des troubles dégénératifs étagés sur le reste du rachis lombaire.

La situation médicale du rachis lombaire est bien entendu stabilisée de longue date. [...]

Pour l'attribution d'une IPAI, il conviendrait de disposer de documents radiologiques récents du rachis lombaire sous forme de radiographies de la colonne lombaire de F/P.

Sinistre [...]

L'assuré est victime d'un nouveau traumatisme du genou G contre un meuble le 06.10.2015. Une IRM, le 10.06.2016 du genou G montre essentiellement des troubles dégénératifs au niveau de l'articulation fémoro-patellaire externe. [...]

Aucune IPAI n'est attribuée mais on peut émettre des limitations fonctionnelles pour les marches prolongées en terrains irréguliers, la montée ou descente répétée d'échelles, d'escaliers et d'échafaudages, les travaux accroupis et à genoux.

On peut confirmer, après l'examen de ce jour, ces limitations fonctionnelles.

De la même façon, il n'est pas possible de se prononcer sur le droit à l'octroi d'une IPAI, faute de bilan radiologique récent du genou G. [...]

Moyennant le respect des limitations fonctionnelles mentionnées ci-dessus pour le rachis et le genou G, l'assuré peut faire valoir une pleine capacité de travail ».

Par décision sur opposition du 1<sup>er</sup> octobre 2019, la CNA a partiellement admis l'opposition de l'assuré dans le sens qu'une rente d'invalidité de 11 % lui était octroyée dès le 1<sup>er</sup> décembre 2017 ; pour le surplus, l'opposition a été rejetée et l'effet suspensif à un éventuel recours a été retiré. En substance, la CNA a reconnu aux rapports des 15 février 2017 et 3 juillet 2019 du Dr S. \_\_\_\_\_ complète valeur probante. Partant, elle a considéré que la situation médicale était stabilisée. Par ailleurs, il ressortait de l'ensemble du dossier médical que l'existence d'un traitement des séquelles physiques de l'accident du 6 octobre 2015, susceptible d'améliorer durablement la capacité de travail, avait été écartée. S'agissant des mesures d'instruction complémentaires requises, il n'y avait pas un droit à l'obtention d'une expertise menée par un médecin indépendant de l'institution de l'assurance. De plus, il n'existait pas de doute quant à la fiabilité des appréciations médicales internes à l'assureur justifiant de procéder à des éclaircissements complémentaires. S'agissant du degré d'invalidité, la CNA a retenu que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité adaptée et que le revenu sans invalidité s'élevait à 60'064 fr., contre 67'600 fr. s'agissant du gain avec invalidité statistique – somme prenant en compte un abattement de 10 %. Après comparaison de ces deux montants, le degré d'invalidité était de 11 %, ouvrant ainsi le droit à une rente d'invalidité.

**B.** Par acte du 4 novembre 2019, N. \_\_\_\_\_ a recouru à l'encontre de la décision sur opposition du 1<sup>er</sup> octobre précédent auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à la poursuite par l'intimée du versement des prestations au-delà du 30 novembre 2017, subsidiairement à ce que soit ordonné un complément d'instruction, dont une expertise pluridisciplinaire, le tout

sous suite de frais et dépens. Il a en substance fait valoir une constatation incomplète des faits, ainsi qu'une lacune dans l'instruction de la cause, en particulier s'agissant de l'accident du 21 mars 2005. Il s'est également prévalu d'un rapport du 11 octobre 2019 du Dr R.\_\_\_\_\_, qui avait fait réaliser des radiographies le 11 juillet 2019, et dont la décision litigieuse ne faisait pas état. De surcroît, selon le recourant, son état de santé psychiatrique n'était pas stabilisé. Il souffrait en effet de troubles psychiques, dont on pouvait toutefois attendre une amélioration. A l'appui de cet argument, le recourant a produit un rapport du 20 octobre 2019 du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier avait commencé à suivre l'intéressé dès le 7 août 2019 et avait diagnostiqué des troubles de l'adaptation (CIM-10 F43.2), aggravés par un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (CIM-10 F32.2). En particulier, il avait indiqué ce qui suit (sic) :

« Constat médical : depuis son deuxième accident en 2016 le patient présente un abaissement important de son humeur. En effet, il avait mis toute son énergie pour se récupérer de son premier accident et il n'a plus de ressources pour s'adapter aux séquelles de son second accident. [...] Découragé par ses difficultés de santé et par le manque de soutien des assurances, sa dépression est aggravée par d'autres deuils non résolus : frère décédé suite à un by-pass gastrique ; sœur décédée suite à un coma pendant son opération pour enlever des calculs rénaux ; une autre sœur décédée, en janvier 2019, d'un cancer du sein. [...]

Incapacité de travail : actuellement, il est incapable de travailler à 100 % dans tout type d'activité.

Pronostic : réservé, étant donné qu'il n'a commencé un traitement spécialisé que seulement depuis environ 2 mois. Symptomatologie dépressive encore trop active.

Traitement : séances avec le psychiatre toutes les deux semaines. Brintellix 10 mg/j ; Stilnox 10 mg/j. Le traitement doit pouvoir lui permettre de regagner une capacité de travail résiduelle à moyen terme. Cependant, il sera difficile qu'il puisse travailler plus qu'à 50 % dans une activité adaptée et ceci dans un milieu protégé ».

Dans sa réponse du 5 décembre 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours. S'agissant du premier grief, elle a estimé avoir procédé à une instruction complète du dossier. Selon elle, dans son dernier rapport du 3 juillet 2019, le Dr S.\_\_\_\_\_ avait apporté tous les éclaircissements nécessaires relatifs aux conséquences de l'événement du 21 mars 2005.

Par ailleurs, même s'il était vrai que ce médecin avait indiqué dans ce rapport qu'il serait utile de disposer de bilans radiologiques récents des genoux et de la colonne lombaire pour se prononcer sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il n'en demeurerait pas moins que cet élément n'avait pas été contesté et ne faisait pas l'objet de la décision sur opposition entreprise. Toutefois, l'intimée a indiqué avoir soumis une nouvelle fois le cas au médecin d'arrondissement pour qu'il se prononce sur l'estimation d'une éventuelle atteinte à l'intégrité. Sur ce point, une nouvelle décision allait être rendue. Concernant le second grief relatif à la stabilisation de l'état de santé, l'intimée a nié qu'il puisse exister un lien de causalité adéquat entre l'événement du 6 octobre 2015 et les troubles psychiques allégués par le recourant. En définitive, aucun élément médical objectif ne permettait de douter du bien-fondé des conclusions du Dr S.\_\_\_\_\_. Il fallait dès lors considérer l'état de santé comme stabilisé, une mesure d'instruction complémentaire ne se justifiant pas.

Par déterminations du 6 janvier 2020, le recourant a maintenu intégralement ses conclusions.

### **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)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

**b)** En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la CNA était fondée à considérer que l'état de santé du recourant était stabilisé.

Le recourant ne conteste en revanche pas l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, qui fera par ailleurs l'objet d'une décision complémentaire de la CNA, tel qu'elle l'a annoncé dans sa réponse du 5 décembre 2019. Il ne met pas plus en doute le montant des gains avec et sans invalidité retenus par l'intimée, fondant un taux d'invalidité de 11 %.

**3. a)** Le 1<sup>er</sup> janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où tant l'accident du 21 mars 2005 que celui du 6 octobre 2015 sont survenus avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388] ; TF 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

**b)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable,

soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

**c/aa)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

**bb)** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C\_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

**cc)** En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 403 consid. 5c/aa ; TF

8C\_775/2017 du 13 juin 2018 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a encore précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C\_567/2017 du 12 mars 2018 consid. 5.1). Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références citées) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C\_493/2017 du 10 juillet 2018 consid. 2.2 et les références citées).

**d)** 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. 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).

**e)** La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références citées ; TF 8C\_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.2). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de

causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références citées ; TF 8C\_571/2016 du 24 mars 2017 consid. 3).

**4. 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\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

**b)** Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**c)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, 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 asséculoologique. 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 l'assuré, 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 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**5.** Dans un premier grief, sous l'angle de l'obligation d'instruire au sens de l'art. 43 al. 1 LPGa et de l'établissement des faits, le recourant reproche à l'intimée de ne pas avoir apporté les éclaircissements nécessaires quant aux suites découlant de l'accident du 21 mars 2005 et d'avoir négligé d'examiner plusieurs éléments, dont l'absence avait pourtant été relevée par le médecin d'arrondissement de la CNA.

**a)** Il n'est pas contesté que le Dr S. \_\_\_\_\_ a, dans son rapport du 13 février 2019, indiqué que, n'ayant aucun renseignement médical sur l'événement du 21 mars 2005, il ne pouvait dire si cette atteinte arthrosique lombaire était à la charge de l'intimée.

Toutefois, la CNA a procédé, en parallèle, à une instruction complémentaire, notamment en requérant des documents médicaux et rapports en lien avec l'accident du 21 mars 2005. A cet égard, elle a, entre autres, recueilli le rapport du 27 juin 2008 du Dr I. \_\_\_\_\_, ainsi que ceux des 24 septembre 2008 et 27 mai 2010 du Dr X. \_\_\_\_\_. Invité à se prononcer sur ces nouveaux éléments, le Dr S. \_\_\_\_\_ a été en mesure de répondre, le 20 février 2019, que les troubles lombaires pouvaient être imputés à l'évènement du 21 mars 2005 et justifiaient que l'intimée prenne en compte de nouvelles limitations fonctionnelles. En conséquence, l'incertitude que ce médecin avait laissé planer dans son rapport du 13 février 2019 a pu être levée dans le sens que l'atteinte

arthrosique était à la charge de l'intimée, ce qu'elle n'a d'ailleurs par la suite pas remis en question.

De surcroît, le Dr S.\_\_\_\_\_ s'est une nouvelle fois déterminé de manière circonstanciée sur l'accident du 21 mars 2005 et ses conséquences dans son dernier rapport du 3 juillet 2019, ceci notamment sur la base d'une anamnèse complète, d'un historique médical détaillé et des plaintes actuelles du recourant. Concernant les atteintes au rachis lombaire, ce médecin a de même été en mesure de confirmer les limitations fonctionnelles et de conclure que la situation médicale était stabilisée de longue date. On rappellera d'ailleurs que, lors de l'entretien du 13 avril 2016, le recourant avait indiqué au collaborateur de la CNA que l'état de son dos était stable, ressentant «plus ou moins» de douleurs suivant les positions de travail adoptées. Ainsi, les appréciations du Dr S.\_\_\_\_\_ étant fondées, claires et dénuées de contradiction, elles emportent conviction et pleine valeur probante.

On peut dès lors conclure qu'en ce qui concerne les conséquences de l'évènement du 21 mars 2005 et les troubles lombaires, l'intimée a instruit le dossier à satisfaction.

**b)** Il est vrai qu'ensuite du dépôt de l'opposition du 11 décembre 2017, le Dr S.\_\_\_\_\_ a indiqué dans son avis du 3 juillet 2019 qu'il conviendrait de disposer de documents radiologiques récents du rachis lombaire et du genou gauche pour juger de l'attribution d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. De ces explications, on comprend que le besoin d'obtenir de telles IRM n'était relevant que pour juger de l'octroi d'une telle indemnité, à l'exclusion de la question de la stabilisation de l'état de santé. A cet égard, l'intimée a rappelé, à juste titre, que l'opposition du 11 décembre 2017 ne portait pas sur la question de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, qui n'a dès lors pas faite l'objet de la décision sur opposition entreprise. De la même manière, le recours du 4 novembre 2019 ne dénonce pas le refus d'octroi d'indemnité pour atteinte à l'intégrité, mais se limite à la seule question de la stabilisation de l'état de santé (cf. consid. 2 *supra*). En conséquence, le recourant ne

saurait se prévaloir d'un éventuel défaut d'instruction sur la problématique de cette indemnité. A toutes fins utiles, l'intimée a néanmoins fait savoir, dans sa réponse du 5 décembre 2019, avoir recueilli les pièces médicales demandées par le Dr S.\_\_\_\_\_ et qu'une nouvelle décision complémentaire serait prochainement rendue sur l'attribution de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, de sorte que l'intimée a, par ce biais, réparé toute éventuelle lacune dans l'instruction du cas considéré dans sa globalité (et non limité à la stabilisation de l'état de santé).

Au demeurant, les dernières radiographies du genou et de la colonne lombaire ont été effectuées le 11 juillet 2019, à la demande du Dr R.\_\_\_\_\_, et communiquées le 19 juillet suivant à l'intimée. Ces IRM ne pouvaient dès lors pas faire l'objet de l'examen du médecin d'arrondissement, qui a rendu son dernier rapport le 3 juillet 2019. Par courrier du 11 octobre 2019, le Dr R.\_\_\_\_\_ a communiqué au recourant les IRM susmentionnées, rappelant que de telles radiographies avaient été jugées nécessaires pour l'attribution de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Ce médecin n'a toutefois pris ou tiré aucune conclusion médicale sur ces IRM. De même, ces examens ne permettent pas de mettre en doute la stabilisation de l'état de santé du recourant.

Sous cet angle, il ne saurait donc également être reproché à l'intimée d'avoir manqué à son obligation d'instruire.

**c)** A toutes fins utiles, s'agissant de l'atteinte au genou gauche, on soulignera que l'intimée a également procédé à toutes les mesures d'instruction nécessaires, se référant en particulier aux différents rapports du Dr S.\_\_\_\_\_, auxquels il convient de reconnaître complète valeur probante. Cette appréciation est par ailleurs également partagée par le Dr T.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 11 juillet 2017). En effet, dans son premier rapport du 15 février 2017, le Dr S.\_\_\_\_\_ a effectué une anamnèse complète, retranscrivant également les déclarations du recourant. Le rapport est étayé par des constatations objectives du praticien qui a, en outre, indiqué que la marche ne montrait pas de

boiterie majeure, que l'accroupissement était possible et que le genou gauche ne présentait pas d'épanchement intra-articulaire et sa mobilité était comparable au côté sain. Ce médecin a procédé à une appréciation dénuée de contradiction, a décrit les limitations fonctionnelles retenues et a déterminé la capacité de travail dans une activité adaptée. Finalement, il a conclu que l'état de santé était stabilisé, ce qui est convainquant. En sus, on notera que le recourant avait expliqué que le traitement de physiothérapie était terminé depuis environ deux semaines. De telles considérations sont également valables s'agissant du rapport du 3 juillet 2019 du Dr S.\_\_\_\_\_, qui a confirmé à nouveau que l'état de santé était stabilisé. A cet égard, il sied de souligner que l'on ne constate pas d'aggravation objective de l'état de santé entre ces deux rapports, ce qui tend à en confirmer la stabilisation.

**d)** Il convient ainsi d'écarter le premier grief du recourant, l'intimée n'ayant pas violé son obligation d'instruire la cause, en application de l'art. 43 al. 1 LPGA. De même, il ressort de l'instruction que l'état de santé somatique globale du recourant est stabilisé.

**6.** Dans un second grief, le recourant fait toutefois valoir que son état de santé psychiatrique, lui, ne serait pas stabilisé, en raison de troubles psychologiques dont on pouvait attendre une amélioration, selon l'avis du 20 octobre 2019 de son psychiatre traitant, le Dr F.\_\_\_\_\_. Celui-ci estimait en effet l'incapacité de travail à 100 %, dans tout type d'activité, mais indiquait néanmoins que le traitement devait pouvoir permettre au recourant de regagner une capacité résiduelle à moyen terme, tout en précisant qu'il serait difficile pour ce dernier de travailler à plus de 50 %.

**a)** Avant d'examiner si l'état de santé psychiatrique peut être considéré comme stabilisé – tout en rappelant que le recourant a fait connaître l'existence de ses troubles psychologiques pour la première fois durant la procédure de recours –, il convient au préalable de définir s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate avec un accident.

Si l'on peut certes relever que, dans son rapport du 24 septembre 2008, le Dr X.\_\_\_\_\_ fait état d'un déconditionnement psychique, qu'il met en lien avec les atteintes physiques découlant de l'accident du 21 mars 2005, et propose un accompagnement psychologique, force est de constater qu'aucune suite n'y a été donnée (cf. notamment rapport de ce même médecin du 27 mai 2010). De plus, le médecin en question n'est pas un spécialiste dans le domaine de la psychiatrie et de la psychologie. Au demeurant, conformément à son rapport du 20 octobre 2019, le Dr F.\_\_\_\_\_ indique que, depuis son deuxième accident en 2016, son patient a présenté un abaissement de son humeur, qu'il avait mis toute son énergie pour récupérer de son premier accident et qu'il n'avait plus de ressources pour s'adapter aux séquelles de son second accident. Il découle dès lors de ces considérations que les troubles diagnostiqués de l'adaptation (CIM-10 F43.2), aggravés par un épisode dépressif sévère, sans symptôme psychotique (CIM-10 F32.2), découleraient du second accident du 6 octobre 2015, à l'exclusion de tout lien avec le premier accident du 21 mars 2005 – étant d'ailleurs précisé que le recourant ne le revendique pas.

**b)** S'agissant de l'accident du 6 octobre 2015, on relèvera à titre liminaire que le rapport du 20 octobre 2019 du Dr F.\_\_\_\_\_ est postérieur à la décision sur opposition entreprise, de sorte qu'elle ne saurait en faire état.

Plus important, il faut considérer qu'en application de la jurisprudence citée (cf. consid. 3c *supra*), l'évènement du 6 octobre 2015, au vu de son déroulement, doit être classé parmi les accidents de peu de gravité. En effet, le recourant a chuté d'un escabeau et son genou a heurté un établi. Ce type d'accident n'est pas susceptible d'entraîner de troubles psychiques, de sorte qu'un lien de causalité adéquat entre l'évènement du 6 octobre 2015 et les atteintes psychiatriques diagnostiquées par le Dr F.\_\_\_\_\_ doit dans tous les cas être nié.

Même à considérer que cet évènement puisse être pris en compte comme un accident de gravité moyenne (à la limite du cas de peu

de gravité), la jurisprudence requiert un cumul de trois critères au moins parmi les sept consacrés ou que l'un de ces critères se manifeste avec une intensité particulière, pour que puisse être établi un lien de causalité adéquate avec les atteintes psychiques. Or tel n'est manifestement pas le cas en l'espèce, ce que le recourant ne soutient par ailleurs pas.

**c)** En définitive, il n'existe pas de lien de causalité naturelle et adéquate entre les troubles psychiatriques allégués et un accident, que ce soit celui du 21 mars 2005 ou du 6 octobre 2015. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner la question de la stabilisation de l'état de santé sous l'angle psychique, de sorte qu'il sied d'écarter également le second grief du recourant.

**7.** Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes et d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 135 II 286 consid. 5.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (appréciation anticipée des moyens de preuve ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

En l'espèce, le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par le recourant, à savoir de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit.

**8.** En définitive, c'est ainsi à bon droit que l'intimée a, sur la base d'une instruction complète et probante, considéré que l'état de santé du recourant était stabilisé. En sus, on rappellera qu'aucun médecin ne préconise de mesure médicale permettant d'escompter une sensible amélioration de l'état de santé somatique (art. 19 al. 1 LAA).

L'intimée était ainsi légitimée à se prononcer sur le droit à une rente d'invalidité, fixée en l'occurrence à 11 %. Par ailleurs, le recourant ne critiquant pas le montant des revenus avec et sans invalidité retenus par l'intimée, ni le gain assuré fixé par cette dernière, il n'y a dès lors pas lieu de revenir sur l'évaluation du taux d'invalidité, arrêté correctement à 11 %.

**9. a)** Eu égard à ce qui précède, le recours de N.\_\_\_\_\_ est rejeté et la décision sur opposition du 1<sup>er</sup> octobre 2019 est maintenue.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a 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 déposé le 4 novembre 2019 par N.\_\_\_\_\_ est rejeté.
- II.** La décision sur opposition du 1<sup>er</sup> octobre 2019 de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- CAP, Protection juridique, (pour N. \_\_\_\_\_),
- 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 :