

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 5 juin 2019

---

Composition : Mme DURUSSEL, juge unique  
Greffier : M. Favez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**U.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 24 LAA et 36 OLAA**

**E n f a i t :**

**A. a)** U.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1963, a travaillé pour les A.\_\_\_\_\_ (ci-après : les A.\_\_\_\_\_) en qualité d'ouvrier d'entretien depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1993. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, la SUVA ou l'intimée).

**b)** L'assuré a été victime d'une entorse du genou gauche avec fracture du plateau tibial externe à l'occasion d'un match de football le 28 février 1999. La CNA a pris en charge le cas.

Sous traitement fonctionnel, l'évolution a été initialement favorable, autorisant une reprise du travail en plein, le 1<sup>er</sup> septembre 1999.

**c)** Par déclaration de sinistre du 20 janvier 2006, les A.\_\_\_\_\_ ont annoncé qu'U.\_\_\_\_\_ s'était trouvé en arrêt de travail dès le 8 décembre 2005 en raison d'une « *douleur dans le genou.* »

Dans l'intervalle, le 12 janvier 2006, l'assuré a bénéficié d'une arthroscopie. A cette occasion, une importante chondromalacie du plateau tibial externe avec décollement du cartilage en zone centrale a été mise en évidence au niveau du genou gauche, (cf. protocole opératoire du Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et rapport médical du 7 mars 2006 émanant du même spécialiste).

La CNA a pris en charge cette intervention ainsi que les traitements et incapacités de travail subséquents.

Au terme d'un examen clinique, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a constaté dans son rapport du 24 avril 2006 que les radiographies confirmaient une

gonarthrose fémoro-tibiale externe dans le cadre d'un status après fracture du plateau tibial externe.

L'assuré a bénéficié d'un premier séjour à la Clinique de réadaptation D.\_\_\_\_\_ (ci-après : la Clinique de réadaptation D.\_\_\_\_\_) du 9 mai au 14 juin 2006.

Par rapport du 24 mai 2006, le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur à la Clinique de réadaptation D.\_\_\_\_\_, a évoqué ce qui suit :

« Radiologiquement, séquelles de fracture du plateau tibial externe sur les clichés standard et sur l'IRM, impaction centrale dans la région postérieure avec un aspect très particulier du croisé antérieur tandis que le croisé postérieur semble correct, donc si l'on résume ce patient présente des séquelles d'une lésion du plateau tibial externe avec une probable lésion du croisé antérieur associée à une pseudo-laxité avec des sensations de lâchage faisant suite à son accident de 1999. Il existe de plus un genu valgum plus important à G qu'à D qui semble se confirmer sur les clichés totaux en charge mais sous forme de timbre poste ou l'axe mécanique de charge passe au milieu des épines à D et sur le bord interne du plateau tibial externe à G. Une ostéotomie de varisation semble correcte à proposer. [...] »

Dans un rapport du 29 août 2006, le Dr B.\_\_\_\_\_ a confirmé le diagnostic de chondropathie post-traumatique du plateau tibial interne du genou gauche.

L'assuré a été réexaminé par le Dr C.\_\_\_\_\_ le 18 octobre 2006, celui-ci relevant notamment ce qui suit :

« **Genou gauche :**

L'appui monopodal gauche est un peu instable mais il est quand même soutenu

**APPRECIATION :**

[...]

Objectivement, le genou gauche, qui présente un valgus assez marqué, est calme et il a toujours une bonne fonction en dépit d'une certaine laxité.

Du point de vue thérapeutique, une ostéotomie sus-condylienne de varisation pourrait aider le patient mais celui-ci est très réticent à l'idée de se faire opérer, réclamant des garanties.

[...] »

Le 17 janvier 2007, le Dr B. \_\_\_\_\_ a réalisé une ostéotomie supracondylienne fémorale gauche de varisation.

Du 19 juin au 24 juillet 2007, une seconde prise en charge stationnaire est intervenue à la Clinique de réadaptation D. \_\_\_\_\_. Les Drs F. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et de réadaptation et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et H. \_\_\_\_\_, alors médecin-assistant, ont, en sus du status post ostéotomie supracondylienne fémorale gauche de varisation, posé les mêmes diagnostics que lors du premier séjour (cf. rapport du 31 juillet 2007). Ces médecins ont en particulier relevé que l'assuré ne rapportait pas de lâchage ou d'épisode d'instabilité.

L'assuré a été réexaminé par le Dr C. \_\_\_\_\_ le 27 février 2008, celui-ci relevant notamment ce qui suit :

« **Genou gauche :**

[...] L'appui monopodal gauche est un peu instable mais il est quand même soutenu. [...]

**APPRECIATION :**

[...]

Objectivement, le MIG présente toujours un valgus important et une amyotrophie relativement marquée de la cuisse gauche. En décubitus dorsal, le genou gauche s'étend complètement. Il est un peu empâté mais il est calme. Il semble y avoir un ressaut du fascia lata, sur le bord de la plaque lors de la mobilisation, laquelle s'effectue néanmoins librement. La flexion est complète. On retrouve une laxité interne et antéro-postérieure modérée. Le quadriceps a un excellent tonus et beaucoup de force. »

Les 8 mai 2009 et 18 novembre 2010, le Dr B. \_\_\_\_\_ a réalisé deux arthroscopies du genou gauche en raison de la gonarthrose évolutive (cf. protocoles opératoires des 8 mai 2009 et 18 novembre 2010 ; rapports des 20 mai 2009 et 3 décembre 2010).

Les CFF ont résilié les rapports de travail le 10 janvier 2011 pour le 31 juillet 2011 en raison d'aptitude médicale insuffisante.

Sur demande du Dr C.\_\_\_\_\_, l'assuré a été examiné par le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier J.\_\_\_\_\_. (ci-après : le Centre hospitalier J.\_\_\_\_\_). Dans son rapport du 6 mai 2011, celui-ci a livré l'appréciation suivante :

« **Diagnostics** [...]

Status post-entorse du genou gauche en 1999 avec :

- fracture-enfoncement du plateau tibial externe traité conservativement.
- gonarthrose fémoro-tibiale externe.
- status post-arthroscopie les 18.6.1999, 12.2.2006 et 8.5.2009 ainsi que 18.11.2010.
- Status post-ostéotomie du fémur distal avec défaut de rotation et augmentation du valgus.
- Status post-AMO.
- Suspicion d'atteinte partielle du LCP.
- Status post-rééducation à la SUVA Sion du 9.5 au 14.6.2006 et du 9.6 au 24.7.2007

[...]

**Status**

La rotule est stable. [...]. Le genou est stable dans le plan frontal en extension à 30°.

[...]

**Problème et attitude**

En résumé, le patient a subi de multiples opérations pour une fracture du plateau tibial externe qui initialement été traitée conservativement. La situation actuelle est inacceptable et la situation socioprofessionnelle n'est pas résolue. Suite à une augmentation du valgus du membre inférieur gauche, le patient décompense encore plus le compartiment externe et fémoro-patellaire qui souffre aussi de troubles de rotation vu qu'une rotation interne augmentée du fémur distal augmente la pression sur la facette externe de la rotule comme cela a été montré dans les études. Il n'y a pas d'élément qui ferait suspecter une infection, mais en cas d'une nouvelle opération, je compléterais le bilan par une prise de sang. L'ostéotomie est consolidée et les parties molles sont en bon état. Il s'agit d'un patient relativement jeune.

2 options sont possibles : reprise de l'ostéotomie avec dérotation et varisation du fémur distal avec section de l'aileron externe. 2<sup>ème</sup> option : PTG avec tous les problèmes de l'implantation que ce cal vicieux implique. Les problèmes fémoro-patellaires ne seront pas

réglés par la simple mise en place de prothèse qui en plus, sera plus difficile en raison d'un guidage intramédullaire faussé. Il faudra à ce moment-là, penser à la navigation. Vu l'âge du patient, j'opterais pour une reprise d'ostéotomie d'ouverture externe avec greffe iliaque même si à long terme, le patient nécessitera une arthroplastie totale du genou. L'ostéotomie prendra mieux en compte les différents défauts d'axe et de rotation et ne barre pas le chemin pour une arthroplastie ultérieure. »

A la requête de l'assuré, un avis médical a été requis du Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, celui-ci exposant notamment ce qui suit dans son rapport du 28 septembre 2011 :

« Le bilan radiologique mis à ma disposition, en particulier l'arthro-CT pratiqué Centre hospitalier J.\_\_\_\_\_, et les derniers clichés du genou gauche confirment une arthrose fémoro-tibiale externe, avec un contact osseux manifeste, et surtout un axe de charge passant dans le centimètre externe du plateau tibial (il s'agit d'un axe de charge bipodal). Il existe également des troubles cartilagineux au niveau de la fémoro-patellaire et une chondropathie ouverte de stade II du condyle interne.

Ce patient présente donc une affection sévère inacceptable du genou gauche, puisqu'elle a été aggravée par l'intervention chirurgicale [...] au vu des signes de chondromalacie interne, la décompensation serait très probablement rapide, avec développement d'une arthrose globale qui nécessiterait dans un proche avenir une arthroplastie totale. »

L'assuré a encore obtenu un avis supplémentaire du Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, celui-ci exposant notamment ce qui suit dans son rapport du 17 octobre 2011 sous la rubrique « *problématique* » :

« **Problématique clinique.** U.\_\_\_\_\_, âgé de 48 ans, souffre de douleurs invalidantes du genou gauche. Ceci entraîne une incapacité de travail de longue durée. Les douleurs sont également localisées au niveau lombaire et fessier. Si les amplitudes articulaires sont normales, le valgus du membre inférieur est net cliniquement : modification de l'axe du membre inférieur avec déplacement vers l'extérieur.

#### **Problématique radiologique**

On constate une usure ou arthrose du genou gauche à une triple localisation :

Cette usure explique les douleurs du genou gauche de U.\_\_\_\_\_.

- Usure de la partie externe de l'articulation entre fémur et tibia

- Usure de l'articulation entre le fémur et la rotule
- Usure débutante de la partie interne de l'articulation entre fémur et tibia

On constate une triple association lésionnelle, en utilisant également les données de la tomodensitométrie pratiquée par le Dr. I. \_\_\_\_\_.

Soit :

- Défaut d'axe du genou, passant dans le compartiment externe du genou
- TAGT (distance entre la tubérosité tibiale antérieure et la gorge de la trochlée) gauche de 13 mm avec antétorsion droite de 15° à gauche contre 20 à droite.
- Accourcissement du membre inférieur gauche.

En conclusion, U. \_\_\_\_\_ présente une usure avancée de son genou gauche, caractérisée par une double localisation, à la fois entre le tibia et le fémur, mais aussi entre le fémur et la rotule.

L'imagerie pratiquée montre des anomalies d'axes du membre inférieur gauche dans plusieurs plans de l'espace. »

Le 7 juin 2012, le Dr I. \_\_\_\_\_ a réalisé une réostéotomie de dérotation, une extension et varisation du fémur distal gauche avec fixation par plaque, greffe iliaque et connexus (cf. protocole opératoire du 19 juin 2012).

Le 11 septembre 2012, le Dr I. \_\_\_\_\_ a constaté que le genou de l'assuré était stable dans un rapport adressé au médecin-traitant. Il a confirmé ce status dans un rapport adressé au Dr C. \_\_\_\_\_ le 14 décembre 2012.

Dans l'intervalle, l'assuré a été réexaminé par le Dr C. \_\_\_\_\_ le 6 novembre 2012, celui-ci relevant notamment ce qui suit dans son appréciation :

« Objectivement, le MIG paraît maintenant normo-axé. Il n'y a plus de dérotation interne, plus de raccourcissement notable et l'amyotrophie est modérée. Le genou G présente un gros épanchement un peu isolé. Il n'y a plus d'hyperthermie, pas d'autre signe réactif local. La mobilisation s'effectue librement avec de gros craquements externes. La flexion est complète. Il n'y a pas de laxité pathologique. Le quadriceps a un bon tonus et une bonne force. »

Dans un rapport du 14 décembre 2012 adressé au Dr C. \_\_\_\_\_, le Dr I. \_\_\_\_\_ a exposé ce qui suit :

« **Status**

Bonne correction de l'axe du membre inférieur gauche. Marche avec une minime boiterie d'épargne, sans décoaptation. Epanchement +. Mobilité du genou à 0-0-140°, avec des frottements de la plaque sur le tractus ilio-tibial. Douleurs à la palpation de l'interligne antéro-interne, sans que les signes méniscaux ne soient positifs. Le genou est stable dans les deux plans. Amyotrophie quadricipitale résiduelle mesurée à 15 mm.

**Examens complémentaires**

Le bilan radiologique de ce jour montre un interligne fémoro-tibial conservé au Schuss, sans changement par rapport aux radiographies du 13.03.2012. Consolidation de l'ostéotomie, en bonne position. »

Du 22 janvier au 15 mars 2013, U.\_\_\_\_\_ a bénéficié d'un troisième séjour à la Clinique de réadaptation D.\_\_\_\_\_ pour intensifier la rééducation, préciser les limitations fonctionnelles et débiter une évaluation professionnelle, sans qu'un nouveau diagnostic orthopédique ne soit révélé (rapport du 18 mars 2013 du Dr F.\_\_\_\_\_ et de la Dresse M.\_\_\_\_\_, médecin-assistante).

Dans un rapport du 15 avril 2013 adressé au Dr C.\_\_\_\_\_, le Dr I.\_\_\_\_\_ a exposé ce qui suit :

« **Status**

Marche sans boiterie. [...]. La mobilité du genou est libre, dans un genou stable. [...].

**Examens complémentaires**

Le bilan radiologique montre une consolidation de l'ostéotomie, en bonne position. Interligne fémoro-tibial conservé au Schuss, sans changement par rapport aux radiographies précédentes. Minime ostéophytose interne. Hauteur rotulienne normale. »

Suite à une procédure de reclassement, U.\_\_\_\_\_ a été engagé le 1<sup>er</sup> octobre 2016 à un taux d'activité de 60 % en qualité de coursier par un laboratoire d'analyse médicale.

**d)** Le 9 mars 2017, la Dresse P.\_\_\_\_\_, médecin praticienne et médecin d'arrondissement à la CNA a reçu l'assuré pour un bilan clinique final. Dans le rapport du même jour, elle a exposé ce qui suit :

« Genou G :

[...]

En ce qui concerne la mobilité, [...] Bonne stabilité dans le plan frontal, tant en flexion de 20° qu'en extension et bonne stabilité dans le plan sagittal avec un test de Lachman à course normale et arrêt dur.

[...]

### **Imagerie**

L'assuré nous confie son dossier radiologique dans lequel nous trouvons 3 CD-ROM non encore au Pacs et en particulier des radiographiques des MI totaux du 24.02.2015.

En comparaison aux radiographies standards de 2012, nous notons une légère aggravation des lésions arthrosiques du genou G en particulier du côté interne avec une légère diminution de hauteur de l'interligne et à hauteur des épines tibiales nettement plus effilées. Par contre, du côté externe, on retrouve un aspect pratiquement identique.

### **Diagnostic**

Lésion arthrosique modérée du genou G.

Status après fracture du plateau tibial externe du genou G traitée conservativement en 1999.

Status après multiples interventions du genou G avec en particulier une ré-ostéotomie du fémur distal G en 2012 et AMO en juin 2013.

### **Appréciation**

[...].

Du point de vue médical, l'examen clinique du genou G met en évidence la présence d'un épanchement, sans signe irritatif de l'appareil extenseur sur toute sa longueur. Les signes méniscaux sont négatifs et les interlignes, tant interne qu'externe, sont libres de douleur à la palpation. On note par contre des douleurs à la palpation des tendons ischio-jambiers, surtout du côté externe, le tout associé à une limitation de la mobilité avec une flexion-extension à 110-0-0° contre 140-0-0° à D. »

Le même jour, la Dresse P.\_\_\_\_\_ a procédé à l'estimation de l'atteinte à l'intégrité dont il résulte ce qui suit :

### **« 1 Constatations**

Lésion arthrosique modérée du genou G.

Status après fracture du plateau tibial externe du genou G traitée conservativement en 1999.

Status après multiples interventions du genou G avec en particulier une ré-ostéotomie du fémur distal G en 2012 et AMO en juin 2013.

Du point de vue médical, l'examen clinique du genou G met en évidence la présence d'un épanchement, sans signe irritatif de l'appareil extenseur sur toute sa longueur. Les signes méniscaux sont négatifs et les interlignes, tant interne qu'externe, sont libres de douleur à la palpation. On note par contre des douleurs à la palpation des tendons ischio-jambiers, surtout du côté externe, le tout associé à une limitation de la mobilité avec une flexion-extension à 110-0-0° contre 140-0-0° à D.

## **2 Evaluation de l'atteinte à l'intégrité**

20 %.

## **3 Motif**

Pour faire suite à l'estimation du Dr C. \_\_\_\_\_ du 11.11.11 qui retenait une IpAI d'au moins 20 %, nous pouvons retenir et en nous basons sur la table 5 des barèmes d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA qui prévoit, pour une arthrose grave, un taux de 20 % à 30 %, que les séquelles au niveau du genou G de l'assuré n'ont pas progressé de manière suffisante pour que l'indication médicale à une PTG soit posé. Par conséquent, nous estimons que l'état actuel de l'assuré correspond à une situation qui ne s'est pas péjorée suite à l'ostéotomie par rapport à novembre 2011, raison pour laquelle nous retenons toujours un taux de 20 %.

En cas d'aggravation des lésions arthrosiques nécessitant la mise en place d'une prothèse, un taux supplémentaire de 10 % pourrait être octroyé. »

**e)** Par décision du 27 avril 2017, confirmée sur opposition le 26 septembre 2017, la CNA a notamment alloué à U. \_\_\_\_\_ une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 19'440 fr., correspondant au taux de 20 % et fondée sur un gain annuel de 97'200 francs.

**B.** U. \_\_\_\_\_, assisté de Me Carré, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de son mandataire du 27 octobre 2017, concluant à ce que la décision sur opposition rendue par la CNA le 26 septembre 2017 soit réformée en ce sens que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité soit arrêtée à 35 %. Subsidiairement, le recourant conclut à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à la CNA pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

**b)** Dans sa réponse du 15 janvier 2018, la CNA, assistée de Me Elsig, a conclu au rejet du recours, observant que sur le plan médical, il

n'y avait aucune raison objective de remettre en cause le taux arrêté par le médecin d'arrondissement.

**c)** Par réplique du 8 février 2018, U.\_\_\_\_\_ a maintenu ses conclusions et requis la suspension de la cause jusqu'à réception du rapport d'expertise que l'assureur responsabilité civile du Dr B.\_\_\_\_\_ avait diligenté.

**d)** Par avis du 13 février 2018, la juge instructeur a fait droit à cette requête.

**e)** Le 11 mars 2019, U.\_\_\_\_\_ a produit un rapport d'expertise daté du 15 octobre 2018 adressé par le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, à l'assureur responsabilité civile du Dr B.\_\_\_\_\_. Il a en outre maintenu ses conclusions. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a confirmé le diagnostic d'arthrose tri-compartmentales du genou gauche suite à une fracture de plateau tibial externe.

**f)** Par duplique du 1<sup>er</sup> avril 2019, la CNA a maintenu ses conclusions.

**g)** Les arguments des parties seront repris, dans la mesure utile, dans les considérants en droit ci-après.

### **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.

**c)** Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD ; cf. CASSO du 24 juin 2013 AA 74/11 - 52/2013).

**2.** Le litige porte sur le taux déterminant pour fixer l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

**3. a) aa)** Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité.

L'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202) précise qu'une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2).

**bb)** Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité

est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C\_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C\_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b ; 113 V 2018 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe OLAA). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe OLAA). Le ch. 2 de l'annexe OLAA dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C\_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

**b) aa)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 de l'expert 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\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**bb)** 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 p. 353 et les références citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**4. a)** En l'espèce, ni le principe de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ni le gain annuel déterminant ne sont contestés.

Reprenant les griefs soulevés dans le cadre de son opposition, le recourant a contesté le diagnostic retenu par la Dresse P.\_\_\_\_\_ dans le cadre de la fixation du taux déterminant pour fixer l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il a rappelé les divergences entre les chirurgiens consultés concernant les techniques opératoires, l'allégation d'erreur

commise par le Dr B.\_\_\_\_\_ et a produit divers renseignements médicaux. Il a fait valoir qu'il serait atteint d'arthrose complète, soit une atteinte simultanée des compartiments interne et externe de l'articulation tibio-fémorale ainsi que de l'articulation fémoro-patellaire qui justifierait un taux de 35 % et non de 20 % tel que retenu par l'intimée.

Pour l'intimée, il n'existe aucune raison objective de remettre en cause le taux déterminant pour fixer l'indemnité pour atteinte à l'intégrité tel qu'arrêté par la Dresse P.\_\_\_\_\_ dans son estimation du 9 mars 2017.

Les différents médecins intervenus dans le dossier ont tous retenu une gonarthrose fémoro-tibiale externe (rapport du Dr K.\_\_\_\_\_ du 28 septembre 2011 ; rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ du 17 octobre 2011 ; rapports du Dr I.\_\_\_\_\_ des 6 mai 2011, 7 juin 2012, 11 septembre 2012, 14 décembre 2012 ; rapports du Dr C.\_\_\_\_\_ des 24 avril et 18 octobre 2006, 27 février 2008, 6 novembre 2012 ; rapports de la Clinique de réadaptation D.\_\_\_\_\_ des 24 mai 2006 et 31 juillet 2007). Le Dr K.\_\_\_\_\_ décrit de manière détaillée une arthrose fémoro-tibiale externe, avec un contact osseux manifeste, et surtout un axe de charge passant dans le centimètre externe du plateau tibial, précisant qu'il existait aussi des troubles cartilagineux au niveau fémoro-patellaire et une chondropathie ouverte de stade II du condyle interne. Si le Dr K.\_\_\_\_\_ a décrit un risque de décompensation « *probablement rapide* », il en est resté au stade du pronostic. Le Dr L.\_\_\_\_\_ a en particulier explicité une usure de la partie externe de l'articulation entre fémur et tibia, une usure de l'articulation entre le fémur et la rotule, ainsi qu'une usure débutante de la partie interne de l'articulation entre fémur et tibia (rapport du 17 octobre 2011). A l'instar de ces deux chirurgiens, aucun des spécialistes ayant examiné le recourant ne retient de gonarthrose complète.

C'est dans ce contexte médical qu'est intervenue la Dresse P.\_\_\_\_\_ lors de l'examen final du recourant le 9 mars 2017. Sur la base des rapports précités, d'un examen clinique et de la comparaison des radiographies au dossier, elle a relevé une légère aggravation des

lésions arthrosiques du genou gauche, en particulier du côté interne. Elle n'a toutefois pas mis en évidence de gonarthrose complète.

En cours de procédure et à l'initiative du recourant lui-même, un rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_ a été versé au dossier. Ce spécialiste a confirmé une arthrose tri-compartimentales du genou gauche et n'a pas fait état de signe d'évolution significative par rapport aux précédents rapports (cf. rapport du 15 octobre 2018).

C'est ainsi en vain que le recourant tente de poser un autre diagnostic (gonarthrose complète), sans toutefois produire le moindre élément médical allant en ce sens.

Ainsi, la valeur probante des rapports médicaux au dossier, au demeurant concordants en ce qui concerne l'appréciation de l'arthrose du genou dont souffre le recourant et en ce qui concerne l'absence d'instabilité au niveau dudit genou gauche, ne prête pas flanc à la critique. Quant aux allégations d'erreurs médicales commises par le Dr B.\_\_\_\_\_, elles ne sont pas pertinentes dans le cadre de la présente affaire ; elles relèvent de la responsabilité civile de ce dernier spécialiste.

**b)** La table 5 (révision 2011) éditée par la division médecine des assurances de la CNA, intitulée « atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses », prévoit un taux compris dans une fourchette de 15 % à 30 % s'agissant d'une arthrose fémoro-tibiale.

Le taux de 20 % correspond ainsi à l'atteinte constatée par la Dresse Munsch sur la base de l'ensemble des rapports médicaux concordants qui émanent tous de spécialistes en chirurgie orthopédique ayant examiné le recourant.

**c)** La table 5 précise en outre que si l'articulation considérée présente une instabilité en plus de l'arthrose, on retiendra le taux d'atteinte à l'intégrité le plus élevé.

En l'occurrence, il ressort des avis médicaux qu'aucune instabilité de l'articulation n'a été constatée et ceci sur une longue période d'observation (cf. en particulier rapports de la Dresse P.\_\_\_\_\_ du 9 mars 2017 et rapports du Dr I.\_\_\_\_\_ des 6 mai 2011, 11 septembre et 14 décembre 2012 et 15 avril 2013 ; plus anciens : rapports du Dr C.\_\_\_\_\_ des 18 octobre 2006 et 27 février 2008 ; rapport de la Clinique de réadaptation D.\_\_\_\_\_ du 31 juillet 2007).

**d)** Le recourant n'a au demeurant avancé aucune pièce médicale de nature à remettre en cause l'examen fait par le médecin d'arrondissement dont les constatations concordent avec celles des spécialistes consultés par le recourant. L'estimation de l'atteinte à l'intégrité circonstanciée de la Dresse P.\_\_\_\_\_ est convaincante, de sorte qu'elle emporte la conviction de l'autorité de céans.

Par conséquent le taux de 20 % et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité calculée sur cette base doivent être confirmés.

**5.** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires.

Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens, pas plus que l'intimée en sa qualité d'assureur social (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205).

**Par ces motifs,  
la juge unique  
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 26 septembre 2017 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaire, ni alloué de dépens.

La juge unique :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Olivier Carré (pour le recourant),
- Me Didier Elsig (pour l'intimée),
- 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).

Le greffier :