

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 janvier 2019

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mmes Gabellon et Pelletier, assesseures
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourant,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée, représentée par Me Antoine Schöni, avocat à Bienne.

Art. 18 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1963, travaillait pour l'entreprise [...] SA depuis le 1^{er} août 2006 et était, à ce titre, assuré contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 1^{er} novembre 2008, alors qu'il se relevait de la position accroupie, l'assuré s'est tordu le genou gauche. Les imageries réalisées ont mis en évidence une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne ainsi qu'une chondropathie de stade IV sur le condyle interne du genou gauche. Les suites de cet événement ont été prises en charge par la CNA.

Lors d'une opération chirurgicale, le 25 novembre 2008, le Dr A._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a effectué une toilette articulaire arthroscopique avec forage de Pridie ainsi qu'une méniscectomie partielle de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche ; il a également procédé à une cure de tunnel carpien à droite durant la même intervention. Une nouvelle opération a été réalisée le 14 avril 2009, avec une arthroscopie du genou gauche, une égalisation du ménisque interne, de la corne postérieure et une ostéotomie de valgisation. Le 23 juin 2009, le Dr A._____ a procédé à l'ablation de la vis du plateau tibial externe et, le 13 octobre 2009, à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse ainsi qu'à une arthroscopie avec débridement du ménisque interne. L'assuré a pu reprendre son travail à 50 % le 20 juillet 2009 puis à 100 % dès le 2 novembre 2009, malgré la persistance de douleurs.

Dans un rapport médical du 10 septembre 2013, les Drs Q._____ et B._____, spécialistes en anesthésiologies au [...], ont noté que les douleurs avaient une composante neuropathique avec des décharges, une hypoesthésie au tact et aux piqûres dans la zone sous le

genou gauche. Ils ont pu constater que malgré une forte composante psychosomatique, il y avait une partie réelle de douleurs.

Une IRM pratiquée le 26 février 2014 a révélé une hernie discale au niveau de L2-L3 du côté droit, qui ne permettait pas d'expliquer les douleurs au genou gauche.

Dans un rapport médical établi le 15 décembre 2014, le Dr X._____, spécialiste en neurologie, a conclu qu'il s'agissait de la situation de « l'épine irritative », à savoir une lésion cicatricielle devenant insupportable et entraînant des mouvements d'aspect tellement bizarre qu'en règle générale, on aboutissait à des diagnostics psychiatriques. Il a également évoqué des signes d'une polyneuropathie sensitive diabétique typique.

Dans un rapport médical du 4 mars 2015, le Dr V._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique ainsi qu'en chirurgie de la main, a posé le diagnostic de lésion neuropathique sévère du nerf saphène interne, très probablement consécutive à l'ostéotomie réalisée en 2009.

En date du 19 avril 2015, l'assuré a subi un accident sur la voie publique alors qu'il circulait à moto, au cours duquel il a heurté une voiture arrêtée sur une voie de présélection avec sa jambe gauche. Il a présenté des fractures-luxations multiples métatarso-phalangiennes du pied gauche, ainsi qu'une recrudescence des douleurs au niveau du genou gauche (cf. rapports du Service de radiologie de l'Hôpital [...] des 20 et 22 avril 2015 et ceux de l'Unité des soins intensifs des 1^{er} septembre et 12 octobre 2015). Il s'est à nouveau retrouvé en totale incapacité de travailler. La CNA a pris en charge les suites de ce nouvel accident.

Le 16 juin 2015, le Dr V._____ a procédé à une neurolyse et à une résection de la branche sensitive péronière du genou gauche.

Dans un rapport médical du 30 octobre 2015, le Dr Z._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics principaux suivants :

- « Douleurs chroniques du genou gauche après :
- nettoyage articulaire du genou gauche avec forage de Pridie et ménissectomie partielle en 2008
 - ostéotomie de valgisation du tibia proximal gauche le 14.04.2009 pour genu varum symptomatique
 - AMO précoce le 13.10.2009 pour douleurs de la patte d'Oie
 - plusieurs infiltrations dans des centres spécialisés de la douleur (H._____- [...])
 - status après cures de Ketalar au Centre de la douleur de [...]
 - status après neurolyse de la branche rotulienne proximale du nerf saphène interne (H._____) ».

Le Dr Z._____ estimait que lors des crises douloureuses paroxystiques, le patient n'avait pas la capacité d'exercer une activité professionnelle. Entre les crises, les restrictions corporelles à la capacité de travail étaient minimales. L'assuré avait cependant présenté plusieurs crises suicidaires les derniers mois, qui limitaient de manière importante la reprise d'une activité professionnelle. Ce médecin préconisait en outre de réaliser ultérieurement un examen neuropsychologique afin d'évaluer la capacité de travail de l'assuré.

L'assuré a séjourné aux soins intensifs de l'Hôpital [...] le 1^{er} septembre ainsi que les 11 et 12 octobre 2015 en raison d'une crise hyperalgique sur des douleurs fantômes du genou gauche suite à l'accident de la voie publique (cf. rapports médicaux des 1^{er} septembre et 12 octobre 2015).

Le 15 octobre 2015, le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a procédé à une révision de la région métaphysaire du tibia proximal gauche, à l'extraction du corps étranger, à un prélèvement microbiologique et au remplacement de la cavité par du ciment acrylique avec des antibiotiques.

Le Dr C._____ a constaté dans un rapport médical du 1^{er} décembre 2015 que l'opération n'avait pas réellement changé les douleurs atypiques du patient, mais que le séjour hospitalier avait permis

à ce dernier d'accepter qu'il s'agissait d'un problème probablement mixte, psychiatrique et local. Il a évoqué l'éventualité d'une arthroplastie totale du genou dans le futur.

Dans un rapport médical du 27 mai 2016, le Dr S._____, spécialiste en anesthésiologie, a exposé que la nouvelle ostéotomie d'octobre 2015 avait permis de diminuer la composante probablement musculo-squelettique au niveau du genou, mais n'avait pas modifié les douleurs neuropathiques. Ce médecin s'est étonné que l'intervention ait concerné le nerf principal alors que les névromes présents dans la cicatrice principale devraient être la cible pour une révision cicatricielle. Deux jours après cette intervention, l'assuré avait soudainement développé des douleurs au niveau de la face antérieure de la cage thoracique, d'une violence rare, qui restaient inchangées depuis lors et que le Dr S._____ estimait plutôt liées à un problème psychologique.

Sur la base du dossier qui lui a été remis, la Dresse T._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin d'arrondissement de la CNA, a considéré, en date du 16 juin 2016, que l'accident du 19 avril 2015 avait conduit à une aggravation temporaire de l'état antérieur, laquelle avait été guérie après six semaines, et que l'opération du 16 juin 2015 se rapportait également à cet état antérieur. Le 22 juin 2016, elle a estimé que l'assuré pouvait reprendre le travail et pourrait théoriquement retrouver une pleine capacité de travail d'ici fin août 2016. Le 9 août 2016, la Dresse T._____ a précisé les limitations fonctionnelles de l'assuré dans un document en partie illisible.

Le Dr Z._____ a régulièrement prolongé l'arrêt de travail de l'assuré à partir du 20 juin 2016.

Dans le cadre d'un entretien avec un collaborateur de la CNA le 13 septembre 2016, l'assuré s'est plaint d'attaques de douleurs au thorax, en plus de celles au genou. Il a par ailleurs indiqué que son contrat de travail avait été résilié en février 2016.

Dans un avis médical du 8 novembre 2016, la Dresse T._____ a nié que les douleurs thoraciques de l'assuré puissent avoir une relation de causalité avec l'accident du 1^{er} novembre 2008. Concernant les limitations fonctionnelles liées au genou, elle a estimé, le 14 novembre 2016, que celui-ci pouvait exercer une activité permettant les changements de position (assis, debout, en mouvement), n'exigeant pas de porter des charges supérieures à 15 kg de manière répétitive, ni de monter sur une échelle, un échafaudage ou encore de marcher sur un terrain irrégulier, de s'accroupir, s'agenouiller ou de monter régulièrement des escaliers. Il était en outre difficile pour l'assuré de devoir garder les jambes dans une certaine position, respectivement de manquer d'espace pour les bouger spontanément.

Par courriers des 16 novembre et 15 décembre 2016, la CNA a informé l'assuré qu'elle ne verserait pas de prestations d'assurance en rapport avec les douleurs à la cage thoracique.

Selon un rapport du 13 mars 2017 du Dr R._____, médecin praticien spécialiste en anesthésiologie, l'assuré souffrait de douleurs neuropathiques du genou gauche, de thoracodynies d'origine peu claire à gauche, d'un syndrome anxio-dépressif et d'un diabète de type I traité. Il a relevé que le patient était extrêmement démonstratif, ce qui l'amenait à penser qu'il existait une composante psychique majeure à ce tableau complexe.

L'assuré a été examiné par la Dresse T._____ en date du 29 mars 2017. Dans son appréciation, elle a noté que selon l'assuré, aucune thérapie ni aucun médicament n'avaient conduit à une amélioration, même de courte durée, des douleurs ; il expliquait ses troubles par un nerf endommagé, et l'articulation du genou n'était selon lui pas la principale responsable des douleurs. Compte tenu de l'examen clinique et de l'anamnèse, la Dresse T._____ pensait la même chose, au motif également que les douleurs étaient présentes surtout pendant le repos et qu'il n'y avait pas de gonflement ni d'augmentation des douleurs après mouvement. Elle a estimé qu'il y avait une importante amplification des

douleurs en raison d'un diagnostic psychiatrique, qu'elle considérait comme la problématique principale. Elle a précisé qu'il y avait une importante gonarthrose interne, mais celle-ci ne semblait pas être le problème principal.

Dans le cadre de la demande de prestations que l'assuré a déposée le 29 septembre 2015 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), la Dresse W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a établi un rapport médical en date du 9 mai 2016, dans lequel elle a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (à sévère en 2015) sur fond de douleurs invalidantes (tentamen à l'insuline en juillet 2015) et pathologie du genou gauche avec plusieurs interventions chirurgicales.

Le 25 août 2017, la Dresse M._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement à la CNA, a posé les limitations fonctionnelles provisoires. Elle a considéré que l'assuré pouvait exercer une activité légère avec changements de positions, n'exigeant pas de se déplacer durablement et de manière répétitive sur des escaliers ou sur un terrain irrégulier. L'assuré ne pouvait pas travailler sur des échelles ou des échafaudages. Il devait éviter les charges vibratoires durables et répétitives, les mouvements répétés, de même que les positions contraignantes pour les membres inférieurs. Les travaux en position accroupie ou à genoux n'étaient pas exigibles. Dans une telle activité adaptée, la Dresse M._____ estimait que l'assuré devrait pouvoir travailler à plein temps avec un besoin de pause accru.

Après avoir reçu l'ensemble des documents médicaux, la Dresse T._____ a conclu, dans un rapport du 25 octobre 2017, que l'assuré pourrait reprendre à plein temps une activité légère, avec changements de positions, n'exigeant pas de devoir monter des escaliers ou marcher sur un terrain irrégulier. L'assuré ne pouvait pas travailler sur des échelles ou des échafaudages, ni en étant à genoux ou accroupi. Il n'avait pas droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, en l'absence

d'atteinte fonctionnelle et du fait que l'arthrose était préexistante à l'accident de 2008. Il n'y avait en outre pas de trouble structurel lié à l'accident qui puisse expliquer les douleurs dont l'assuré se plaignait au thorax. La Dresse T._____ ne pouvait en revanche pas se prononcer sur la situation psychique, qui était actuellement au premier plan.

Par courrier du 20 novembre 2017, la CNA a indiqué à l'assuré que selon l'appréciation de son médecin-conseil, un traitement n'était plus nécessaire et l'état final était atteint du point de vue médical, de sorte qu'elle cesserait le versement des frais de traitement et des indemnités journalières au 31 décembre 2017. La CNA continuerait en revanche à prendre en charge les contrôles médicaux occasionnels en lien avec le genou gauche. Se référant aux limitations fonctionnelles posées par la Dresse T._____, la CNA a considéré que l'assuré était en mesure d'exécuter une activité adaptée en assumant une présence durant toute la journée. Dans le contexte du marché du travail général, elle estimait qu'il était à même d'exercer une activité à 75 % au moins à partir de la fin du versement des indemnités journalières.

Dans un rapport médical du 22 novembre 2017, le Dr Z._____ a écrit ce qui suit :

« [...] S'agissant d'un cas complexe, qui a mis en échec les services hospitaliers de la SUVA, les centres d'antalgies universitaires du H._____ à [...], à [...] et de [...] à [...], que de multiples consultations orthopédiques, neurologiques, antalgiques, ergothérapeutiques, psychiatriques ont évalué la problématique de Monsieur K._____ sans parvenir à une solution satisfaisante, je m'étonne des conclusions de votre expertise dans laquelle vous estimez que Monsieur K._____ a une capacité de travail à 75 %.

Lors du suivi médical à mon cabinet, les douleurs invalidantes de M. K._____ sont fluctuantes et non prévisibles. Il peut, dans les meilleurs jours, avoir une activité légère permettant de changer de position, parfois il a des douleurs dès le réveil qui rendent toute activité simple difficile, voire impossible, imposant un alitement durant la journée. Mon appréciation de la capacité de travail de Monsieur K._____ est différente, et j'estime que l'on ne peut raisonnablement pas exiger de ce patient une activité régulière, même à taux et rendement réduit, pour l'instant. [...]

Par décision du 30 janvier 2018, la CNA a accordé à l'assuré une rente de 16 % à partir du 1^{er} janvier 2018, basée sur un gain assuré

de 76'522 francs. La CNA a considéré que l'assuré était en mesure d'effectuer toute la journée des activités physiques légères, respectant les limitations fonctionnelles posées par la Dresse T._____. Se référant aux descriptifs des postes de travail (DPT), elle a calculé que l'assuré pourrait obtenir un revenu annuel moyen de 60'792 fr. qu'elle a comparé au revenu de 72'735 fr. qu'il aurait pu réaliser sans atteinte à la santé. Elle a précisé que seules les suites organiques de l'accident au genou gauche pouvaient être prises en compte, et non les troubles psychogènes qu'il présentait, en l'absence de lien de causalité adéquate avec l'un des accidents subis. Enfin, l'accident n'avait pas laissé de suites constituant une atteinte importante à l'intégrité, de sorte que l'assuré n'avait pas droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

En date des 7 et 12 février 2018, l'assuré s'est opposé à cette décision, invoquant être en totale incapacité de travailler.

Par décision sur opposition du 21 mars 2018, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Elle a précisé que seules les séquelles physiques objectivables de l'événement accidentel concernant le genou gauche devaient être prises en compte, les autres atteintes à la santé présentées par l'assuré étant étrangères à l'accident, notamment les troubles thoraciques. Quant aux troubles psychiques, un lien de causalité adéquate avec l'accident devait être nié, celui-ci ayant été de peu de gravité. Même en le considérant comme un accident de gravité moyenne à la limite inférieure de cette catégorie, on ne pouvait admettre que les critères posés par la jurisprudence pour admettre une causalité adéquate soient remplis. La CNA s'est prévaluée des conclusions du rapport de la Dresse T._____ du 25 octobre 2017, auquel elle a attribué une pleine valeur probante. La CNA a en revanche estimé que les DPT choisies n'échappaient pas à toute critique, de sorte qu'elle a procédé au calcul du revenu d'invalidité sur la base de données salariales statistiques, sur lesquelles elle a opéré un abattement de 10 %, ce qui donnait un revenu avec invalidité de 60'769 fr. et un taux d'invalidité de 16 % également.

B. Par acte posté le 2 mai 2018, K._____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, subsidiairement au renvoi de la cause à la CNA pour nouvelle décision. Il s'est référé à plusieurs rapports médicaux qui attestaient de ses violentes douleurs au genou gauche et ne concluaient pas à la présence d'une capacité de travail dans une activité même adaptée. Il a considéré que ces rapports étaient suffisants pour mettre en doute les conclusions du médecin conseil de l'intimée, de sorte qu'il se justifiait de mettre en œuvre une expertise.

Il a produit des rapports médicaux établis le 28 mars 2017 par la Dresse N._____, spécialiste en médecine interne générale, le 13 avril 2017 par l'ergothérapeute F._____, le 15 mai 2017 par le Dr J._____, spécialiste en anesthésiologie, le 29 août 2017 par le Dr X._____ et le 23 avril 2018 par le Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale et endocrinologie-diabétologie. Il a également versé en cause le rapport d'imagerie du genou gauche du 5 avril 2018, montrant un pincement sévère du compartiment fémoro-tibial interne et une ostéophytose au niveau du pôle supérieur et du bord latéral de la rotule.

Dans sa réponse du 13 juin 2018, la CNA a maintenu sa position.

Dans sa réplique du 27 juin 2018, le recourant s'est référé à l'argumentation de son recours. Il a requis son audition devant le Tribunal ainsi que la réalisation d'une expertise médicale.

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 compte tenu des fêtes (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36] et art. 38 al. 4 let. a LPGA) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) La partie recourante définit, par ses conclusions, l'objet du litige («*Streitgegenstand*») soumis à l'examen du tribunal. Si la décision contestée porte sur un seul rapport juridique ou si elle est attaquée dans son ensemble, l'objet du litige et celui de la contestation se confondent. En revanche, lorsque la décision règle plusieurs rapports juridiques et que le recours ne porte que sur une partie d'entre eux, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans celui du litige (ATF 125 V 413 consid. 2a).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 21 mars 2018, à estimer que le cas de l'assuré était stabilisé et à admettre une capacité de travail entière dans une activité adaptée, respectivement à fixer le taux d'invalidité à 16 %. Le refus d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité n'est en revanche pas contesté.

c) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date des accidents assurés (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification).

3. a) 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.

Si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'invalidité est définie comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA ; TF 8C_778/2017 du 25 avril 2018 consid. 3).

A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente d'invalidité 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 - 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.

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), 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).

4. a) En l'occurrence, la CNA a considéré, sur la base des rapports de la Dresse T._____, que l'état de santé du recourant s'était stabilisé, de sorte qu'elle a mis fin à la prise en charge des frais de traitement et au versement de l'indemnité journalière fin décembre 2017. Le recourant ne conteste pas que son état de santé soit considéré comme stabilisé au 31 décembre 2017. Aucune pièce du dossier ne laisse par ailleurs entrevoir une possible amélioration de la capacité de travail du recourant. Au contraire, il ressort des différents rapports médicaux produits que les médecins n'ont pas de nouvelles propositions de traitement à lui faire (cf. rapport du Dr R._____ du 13 mars 2017, rapport du Dr X._____ du 29 août 2017).

b) Le recourant conteste en revanche l'appréciation de sa capacité de travail faite par la CNA. L'intimée s'est basée sur le rapport médical du 25 octobre 2017 de la Dresse T._____, qui estimait que l'exercice d'une activité adaptée à plein temps était exigible. De son côté, le recourant soutient qu'il est toujours en totale incapacité de travailler et se prévaut de plusieurs rapports médicaux qui attestent de la persistance de ses douleurs.

La Dresse T._____ a examiné le recourant en date du 29 mars 2017 et a ensuite attendu de recevoir le rapport opératoire de l'intervention du 15 octobre 2015 pour se prononcer sur la capacité de travail du recourant, le 25 octobre 2017. Dans son rapport du 29 mars 2017, elle a posé le diagnostic de douleurs résiduelles au genou gauche suite aux diverses opérations. Il est pour le moins étonnant que, dans son appréciation, elle se réfère à l'avis du recourant et non à celui de médecins spécialistes sur l'origine des douleurs. Celui-ci les attribue à un nerf endommagé et non pas à l'articulation du genou. Elle poursuit en disant qu'elle est du même avis, relevant que les douleurs sont surtout présentes au repos et qu'elles n'augmentent pas en cas de sollicitation. Elle reconnaît que le recourant présente une sévère gonarthrose, tout en estimant qu'il ne s'agit pas du problème principal et souligne qu'il existe avant tout une composante psychique aux douleurs ressenties. Néanmoins, il résulte tant du diagnostic qu'elle pose que de son appréciation, que la Dresse T._____ admet, en dehors de la problématique psychique, la persistance de douleurs liées aux différentes opérations subies par l'assuré. Malgré cela, dans son rapport du 25 octobre 2017, elle conclut à l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, sans expliquer les raisons qui l'incitent à considérer que les douleurs, qu'elle attribue à une cause neurologique, n'influencent ni la capacité de travail du recourant, ni son rendement. Son appréciation n'apparaît dès lors pas convaincante. Il faut de plus relever que dans son examen, elle ne discute nullement des rapports établis par les médecins consultés par l'assuré. En particulier, elle ne se prononce pas sur les rapports médicaux du Dr Z._____, qui estimait que lors des crises

douloureuses, le recourant était incapable d'exercer une activité lucrative. Elle ne fait en outre pas mention de la prise de position de sa collègue, la Dresse M._____, qui estimait qu'on pouvait exiger du recourant qu'il exerce une activité en plein, mais lui reconnaissait un besoin de pauses accru, ce qui influence nécessairement son rendement. Au vu de ces éléments déjà, il n'est pas possible de reconnaître une pleine valeur probante aux rapports établis par la Dresse T._____.

Par ailleurs, il ressort de différentes pièces médicales que les douleurs du recourant ont - en partie du moins - une origine neurologique. Dans son rapport médical du 15 mai 2017, le Dr J._____ estime qu'il s'agit d'une douleur probablement à caractère mixte, mais dont une partie de la composante est neurogène. De même, les Drs S._____ et R._____ attestent de la présence de douleurs neuropathiques, compliquées d'une composante psychique (rapports des 27 mai 2016 et 13 mars 2017). De son côté, le Dr X._____ a constaté l'apparition de douleurs régulières, qui lui ont fait penser à un phénomène de type neuropathique (rapport du 29 août 2017). C'est donc avant tout l'avis d'un spécialiste en neurologie qui serait approprié pour déterminer la capacité de travail de l'assuré. L'appréciation de la Dresse T._____, en tant que spécialiste en médecine interne, ne saurait, de ce point de vue également, être convaincante. De même, l'articulation du genou a tout de même été touchée et remaniée par plusieurs opérations, si bien que l'avis d'un spécialiste en orthopédie ou rhumatologie paraît également requis, en vue de déterminer la capacité de travail de l'assuré et ses limitations fonctionnelles. Or, il faut constater qu'aucun spécialiste en neurologie ni en orthopédie ou rhumatologie ne s'est prononcé sur la capacité de travail du recourant et ses limitations fonctionnelles.

En définitive, les conclusions de la Dresse T._____ n'emportent pas la conviction et on ne saurait attribuer une pleine valeur probante à son rapport médical. L'instruction apparaît de ce fait lacunaire et nécessite d'être complétée sur les plans neurologique et orthopédique ou rhumatologique. On peut encore préciser qu'il n'est pas nécessaire, dans le cadre du présent litige, d'instruire davantage l'état de santé

psychique de l'assuré puisque, comme l'a relevé à juste titre la CNA dans sa décision sur opposition, il faut nier un éventuel lien de causalité adéquate entre les événements accidentels subis et les troubles psychiques présentés (sur ces questions, cf. ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; 115 V 133 consid. 6 et 403 consid. 5), ce qui n'a d'ailleurs pas été contesté par le recourant. Compte tenu de leur déroulement, les accidents subis doivent en effet être qualifiés de gravité légère, voire de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité pour ce qui concerne l'accident de moto. Cependant, les circonstances de l'accident ne sauraient être qualifiées de dramatiques ou de particulièrement impressionnantes, les lésions subies par le recourant ne sont pas particulièrement graves et rien ne porte à croire qu'il a été victime d'erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation des séquelles de l'accident. Par ailleurs, les douleurs persistantes dont il se plaint et son incapacité de travail de longue durée attestée par ses médecins ne découlent qu'en partie de lésions physiques objectivables. Il n'y a par conséquent pas de lien de causalité adéquate entre les accidents subis et les troubles psychiques présentés par le recourant. Dès lors, quand bien même l'état de santé psychique de l'assuré peut influencer négativement sur ses ressources et l'évolution de son état de santé général, il n'y a pas lieu d'en tenir compte dans le cadre du présent litige.

c) Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à la CNA – à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 al. 1 LPG) –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera dès lors à l'intimée de procéder à un complément d'instruction auprès d'un médecin neurologue et d'un médecin orthopédiste ou rhumatologue, afin qu'ils se prononcent sur l'atteinte que le recourant présente au genou gauche (diagnostic, étiologie, évolution) ainsi que sur sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles. Il appartiendra ensuite à la CNA, sur la base des renseignements recueillis, de procéder à un nouvel examen de l'exigibilité et de la capacité de gain, et de rendre une nouvelle décision.

5. Compte tenu de l'issue du recours, il ne se justifie pas d'entendre le recourant comme il l'a requis dans sa réplique du 27 juin 2018, cette mesure d'instruction n'étant pas susceptible d'influencer le sort de la procédure (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

6. a) Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite. Il ne sera donc pas perçu de frais judiciaires.

b) Le recourant a agi sans le concours d'un mandataire qualifié de sorte qu'il n'a pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est admis.

II. La décision sur opposition rendue par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents le 21 mars 2018 est annulée et la cause lui est renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

III. Il n'est pas perçu de frais, 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 :

- M. K. _____,
- Me Antoine Schöni (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).

La greffière :