

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 août 2012

Présidence de M. METRAL

Juges : Mme Röthenbacher et M. Gerber, juge suppléant

Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

X. _____, en Belgique, recourant,

et

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

Art. 8 al. 1 et 16 LPGA; 6 al. 1, 18 al. 1 et 19 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1973 en Macédoine, sans formation professionnelle, était employé de la société A._____ sàrl comme aide-monteur en ventilation depuis le 1^{er} juin 2007 et à ce titre assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels. Le 15 mai 2008, il a manqué un barreau d'une échelle et est tombé de 60 à 70 cm sur le sol en se tordant le genou droit.

L'assuré a subi un examen du genou droit par IRM le 23 juin 2008. Selon le rapport du Dr S._____, radiologue, il y avait un petit épanchement intra-articulaire ainsi qu'un petit kyste poplité de 2 cm. En revanche, l'appareil ligamentaire était normalement conservé, en particulier le ligament croisé antérieur (LCA).

Selon le rapport médical du 17 juillet 2008 du Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), l'assuré a souffert d'un épanchement intra-articulaire. Une insuffisance du LCA ainsi qu'une éventuelle déchirure de la corne postérieure du ménisque externe ont été diagnostiquées. Selon le Dr W._____, ces atteintes avaient un lien de causalité avec l'accident du 15 mai 2008, même s'il était possible que la lésion du LCA ait été antérieure.

Après une incapacité totale de travail depuis le 15 mai 2008, l'assuré a repris le travail à plein temps le 30 juin 2008. Une nouvelle incapacité totale de travail a débuté le 22 septembre 2008. L'assuré a subi le 20 novembre 2008 une arthroscopie du genou droit avec résection de la plica synoviale au CHUV. Selon le protocole opératoire du Dr Z._____, cette opération a mis en évidence une ancienne déchirure du LCA. Aucune déchirure du ménisque n'a été aperçue, mais la corne postérieure du

ménisque était un peu détendue, ce qui était compatible avec une ancienne déchirure cicatrisée.

Les rapports de travail ont été résiliés le 30 octobre 2008. Selon la déclaration de sinistre LAA du 25 septembre 2008, l'assuré avait en 2008 un revenu de 4'500 fr. par mois, auquel s'ajoutaient 20 fr. par jour pour frais de déplacement et de repas, soit 420 fr. par mois.

Le 23 janvier 2009, l'assuré a subi une nouvelle opération du genou droit avec plastie arthroscopique du LCA ainsi que résection des résidus méniscaux ayant une cicatrice très antérieure.

Lors d'un entretien en date du 5 mars 2009, l'assuré a nié que la lésion du LCA ait pu être antérieure à l'accident du 15 mai 2008.

Le 6 mars 2009, le Dr Q._____ a estimé que la relation de causalité entre l'accident du 15 mai 2008 et les troubles du genou droit était probable.

Le 10 juin 2009, l'assuré s'est annoncé à l'assurance-invalidité.

L'assuré a été examiné le 15 juillet 2009 par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Celui-ci a diagnostiqué une entorse du genou droit survenue le 15 mai 2008 ayant comporté une lésion méniscale ainsi qu'une déchirure ligamentaire, traitées chirurgicalement par arthroscopie le 20 novembre 2008 puis par plastie arthroscopique le 23 janvier 2009. Il a diagnostiqué également une amyotrophie résiduelle dans un contexte inflammatoire persistant et un probable syndrome d'aggravation et de surcharge psychosomatique.

L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) du 28 juillet 2009 au 25 août 2009. Selon le rapport du 6 octobre 2009 du Dr B._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation ainsi qu'en chirurgie orthopédique, et de la Dresse E._____, une

gonalgie droite chronique (M 25.5) ainsi qu'une chondropathie (lésion chondrale de grade I sans oedème osseux sous-jacent significatif du condyle fémoral interne) ont notamment été diagnostiquées. Une évaluation psychiatrique a été effectuée par la Dresse C._____, spécialiste en psychiatrie, et n'a pas mis en évidence de psychopathologie manifeste. L'assuré a suivi un programme de physiothérapie; mais il ne déclara aucun changement au terme du séjour; objectivement, la boiterie était toujours présente, sans signe inflammatoire manifeste; la force isométrique et des quadriceps et des ischio-jambiers était diminuée d'environ un tiers des deux côtés en fin de séjour, y compris du côté sain. Les altérations du compartiment externe du genou droit étaient à mettre en relation avec le status opératoire et ne semblaient pas pouvoir expliquer les gonalgies externes alléguées. Quant aux altérations du compartiment interne, il était difficile de dire à quel point elles participaient aux symptômes du patient, tant le comportement douloureux était marqué. Il n'y avait pas d'explication médicale à la diminution des performances fonctionnelles du patient en fin de séjour, y compris du côté sain, si ce n'était une participation et une motivation incertaines. Eu égard à une certaine irritabilité du genou avec une petite lame d'épanchement constatée, les médecins retenaient une incapacité de travail à la sortie pour une durée limitée à un mois. Dès le 28 septembre 2009, ils proposaient une reprise du travail à 50 % dans l'ancienne activité puis à 100 % quinze jours plus tard.

L'assuré a été examiné le 20 novembre 2009 par le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, à la demande du médecin traitant, le Dr W._____ de l'hôpital du [...]. Le Dr H._____ rapportait qu'à la suite du séjour à la CRR le genou droit de l'assuré était gonflé et douloureux, ce qui l'empêchait de reprendre son activité professionnelle. Selon le Dr H._____, l'examen clinique démontrait un patient peu volontaire. La boiterie d'épargne de la jambe droite lors de la marche était "presque caricaturale": l'assuré mimait des lâchages de son genou. L'examen clinique a mis en évidence un épanchement intra-articulaire au niveau du genou droit. L'évolution était "relativement particulière", marquée probablement "par une volonté de ne pas

franchement améliorer la situation", mais aussi par l'épanchement intra-articulaire. Le Dr H._____ recommanda une arthroscopie "pour aller voir ce qui se passe dans ce genou" et le travail en physiothérapie.

Une arthroscopie diagnostique du genou droit a été réalisée le 11 janvier 2010 par le Dr W._____. Elle a mis en évidence un épanchement intra-articulaire, différents corps libres de petite taille qui ont été extraits, une chondropathie de stade III relativement étendue de la trochlée fémorale ainsi qu'une grosse ulcération au niveau du condyle fémoral interne de stade IV allant de 20 à 45° de la zone de charge. En revanche, le cartilage tibial était épargné. Selon un courrier du 23 février 2010 du Dr W._____, la lésion cartilagineuse sévère du compartiment interne est à l'origine des plaintes de l'assuré ainsi que probablement des épisodes d'effusion. "Au plan formel, le morphotype du patient pourrait laisser envisager qu'une éventuelle ostéotomie de valgisation puisse être d'un bon apport, mais le contexte global, en particulier socioprofessionnel, ne semble pas être très engageant."

L'assuré a été examiné le 29 mars 2010 par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr Q._____. Il a confirmé son diagnostic du 15 juillet 2009, y ajoutant la persistance d'un tableau subjectif algique avec difficultés fonctionnelles majeures paraissant médicalement inexplicables, dans le cadre d'un probable syndrome d'aggravation et de surcharge psychosomatique. Plusieurs manifestations démonstratives sous forme de soupirs, de tremblements, de risque de chutes, de refus de station bipodale, de changements fréquents de la position assise lors de l'entretien ont fait conclure le Dr Q._____ à un syndrome d'aggravation. Selon ce médecin, la capacité de travail immédiate était comprise entre 40 et 50 % et pourrait, rapidement, être normalisée. Une évaluation psychiatrique lui paraissait nécessaire dans ce cas. Un bilan par CT lui paraissait encore nécessaire avant de tirer les conclusions définitives concernant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) et le bilan final, en raison d'une image radiologique qui pourrait être compatible avec un déplacement de la partie osseuse du greffon ("sans répercussion

fonctionnelle!"). Il demandait au Dr W._____ de bien vouloir procéder à cet examen, si toutefois il était d'accord avec sa suggestion.

Par lettre du 30 mars 2010, la CNA a informé l'assuré que les indemnités journalières seraient versées dès le 6 avril 2010 sur la base d'une capacité de travail de 50 %.

Dans un rapport médical du 2 juillet 2010 reposant sur une consultation pour des questions asséculo-logiques sans nouvel examen clinique, le Dr W._____ a diagnostiqué une chondropathie fémorale étendue du genou droit (stade IV). Il n'avait pas d'autre proposition, le traitement étant en principe terminé.

L'assuré a été examiné le 8 août 2010 par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr V._____, spécialiste en chirurgie. Considérant que l'examen était superposable avec celui du 29 mars 2010, y compris la persistance d'un minime épanchement intra-articulaire, le Dr V._____ a maintenu le diagnostic du 29 mars 2010 du Dr Q._____, tout en y ajoutant une chondropathie de stade III de la trochlée fémorale et de stade IV du condyle fémoral interne. Etant donné les plaintes du patient, il ne lui semblait pas raisonnable de proposer un traitement chirurgical (ostéotomie de valgisation) à ce moment. La chondropathie du genou droit justifiait une activité adaptée avec comme limitations fonctionnelles: l'exigence qu'il s'agisse d'une activité sédentaire nécessitant peu de déplacements mais permettant l'alternance des positions assis/debout; l'absence d'escaliers ou de déplacement en terrain irrégulier. Dans une activité respectant ces limitations fonctionnelles, l'assuré avait, d'un point de vue somatique, une capacité de travail de 100 %. La pathologie du genou droit n'ouvrait droit à aucune IPAI en l'état.

Le 24 août 2010, la CNA a informé l'assuré qu'elle suspendait le versement des prestations pour frais de traitement, vu que, selon l'appréciation médicale, la poursuite ne saurait apporter une amélioration significative de l'état de santé consécutif à l'accident. Elle a déclaré toutefois continuer à prendre en charge deux à trois consultations

médicales par année jusqu'à nouvel avis. Quant à l'indemnité journalière, elle a été supprimée dès le 1^{er} octobre 2010.

Par décision du 31 août 2010, la CNA a refusé l'octroi d'une rente au motif qu'il n'y a ni handicap important ni perte de gain due à l'accident. Elle a également nié que les conditions d'octroi d'une IPAI soient remplies, car l'accident n'avait pas entraîné d'atteinte importante et durable à l'intégrité physique, mentale ou psychique.

En date du 1^{er} octobre 2010, le Dr V. _____ a confirmé que l'assuré avait une capacité de travail de 100 % dans une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes: activité sédentaire nécessitant peu de déplacement mais permettant l'alternance des positions assis/debout; pas d'escaliers ou de déplacement en terrain irrégulier.

Par lettre du 13 septembre 2010, l'assuré a fait opposition contre la décision du 31 août 2010. Cette décision a été confirmée par décision sur opposition du 8 novembre 2010 selon laquelle la perte de revenu s'élève à 7.1 % (revenu sans invalidité de 55'752 fr. et revenu d'invalidité de 51'787 fr.).

B. Par acte du 9 décembre 2010, l'assuré a fait recours devant la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 8 novembre 2010 de la CNA. Il conclut principalement à l'octroi d'une rente pour invalidité de 10% au moins, le pourcentage exact devant être défini par la cour, subsidiairement au renvoi de la cause à la CNA pour nouvelle décision dans le sens des considérants, plus subsidiairement au renvoi pour nouvelle décision après la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire visant à déterminer son incapacité de travail. Il requiert la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire "si tant est que la cour [ne soit] pas convaincue par les arguments" qu'il a développés. Il estime à cet égard que sa capacité de travail est restreinte, quelle que soit l'activité professionnelle envisagée. Il soutient par ailleurs que deux des descriptions de postes de travail utilisées par l'assureur

intimé pour fixer le revenu d'invalidé ne respectent pas les limitations fonctionnelles. A son avis, le revenu aurait dû être fixé sur la base des enquêtes sur la structure de salaires de l'Office fédéral de la statistique, avec une déduction de 20 % pour tenir compte de sa situation familiale et sociale difficile ainsi que l'absence de formation professionnelle.

Dans sa réponse du 31 janvier 2011, la CNA conclut au rejet du recours.

Les parties ont maintenu leurs conclusions dans la suite des écritures.

E n d r o i t :

1. a) Selon l'art. 1 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve des exceptions expressément prévues. L'art. 56 al. 1 LPGA prévoit que les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours. Un tel recours doit être adressé au tribunal cantonal des assurances du canton de domicile de l'assuré, dans un délai de trente jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, la décision, rendue dans le cadre d'une procédure d'opposition, était donc susceptible de recours auprès de l'autorité vaudoise compétente.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour en connaître (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Dans la mesure où la présente cause porte sur le droit à des prestations d'assurances qui sont susceptibles de dépasser le montant de 30'000 fr.,

elle doit être tranchée par une Cour du tribunal composée de trois juges (art. 94 LPA-VD).

c) Le recours, interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente, satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

2. Le litige porte exclusivement sur l'octroi d'une rente pour invalidité. Le recours ne contient en effet ni conclusion ni grief relatif au refus par la décision attaquée d'accorder au recourant une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

3. L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 125 V 351 consid. 3a, et les références citées, 134 V 231 consid. 51; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs

conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2 et 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Par ailleurs, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b et cc).

Enfin, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPGa), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves ("appréciation anticipée des preuves"; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c, 120 Ib 224 consid. 2b, 119 V 335 consid. 3c et les références).

4. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. Ib et les références). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à

d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte.

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc"; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 ss., consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 2^{ème} éd., n° 79 p. 865).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3).

Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; TFA U 61/1991 du 18 décembre 1991; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, op. cit., n° 80 p. 865).

b) La décision attaquée ne s'est pas prononcée sur le lien de causalité entre l'accident du 15 mai 2008 et les troubles du genou droit, y compris les lésions du LCA et les chondropathies. L'assureur intimé a toutefois admis cette relation de causalité en prenant en charge les

traitements de ce genou, y compris deux à trois consultations médicales par année jusqu'à nouvel avis, selon la communication du 24 août 2010. Il semble s'être fondé sur l'évaluation du Dr Q._____ du 6 mars 2009 selon lequel le lien de causalité est probable, même si à l'époque il n'était pas encore question d'une chondropathie. Il n'y a pas lieu de remettre en question cette évaluation.

5. a) Le recourant fait valoir que l'assureur intimé aurait dû ordonner une expertise pluridisciplinaire pour pouvoir s'écarter de l'appréciation de sa capacité de travail par les Drs H._____ et W._____. Or, ni le Dr H._____ ni le Dr W._____ ne se sont prononcés sur la capacité de travail du recourant dans une profession adaptée respectant les limitations fonctionnelles. Il n'y avait ainsi pas de contradiction dans les appréciations médicales de la capacité de travail qui eût pu justifier la mise en oeuvre d'une expertise.

b) Un complément d'instruction n'est pas davantage nécessaire en ce qui concerne d'éventuelles atteintes à la santé psychique que le recourant semble alléguer sans fournir d'indications plus précises, malgré que l'existence de psychopathologies manifestes ait été niée par la psychiatre C._____ le 10 septembre 2009 dans le cadre du séjour à la CRR. Des atteintes à la santé psychique, quand bien même elles seraient démontrées, n'ouvriraient pas droit aux prestations de l'assurance-accidents, faute d'être en rapport de causalité adéquate avec l'événement du 15 mai 2008.

On peut laisser ouvert le point de savoir si la chute d'une échelle d'une hauteur de 60 à 70 cm doit être qualifiée d'accident de peu de gravité ou de gravité moyenne, à la limite d'un cas de peu de gravité, selon la classification établie par la jurisprudence en la matière (cf. ATF 115 V 139 consid. 6, 408 consid. 5; cf. aussi TFA U 67/2003 du 4 août 2003, consid. 3.3). Selon la jurisprudence, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée, tandis qu'en principe, elle doit être admise en cas d'accident grave. En

présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa; cf. TF 8C_788/2008 du 4 mai 2009, consid. 2).

En l'occurrence, on peut admettre à la rigueur que le développement de chondropathies de type III et IV a entraîné des douleurs physiques persistantes. En revanche, il est douteux que cette évolution puisse constituer une complication importante. De plus, une incapacité de travail dans la profession habituelle entre septembre 2008 et avril 2010 n'a pas une durée suffisante pour admettre un rapport de causalité adéquate entre l'accident subi et d'éventuelles affections psychiques, en l'absence d'autre circonstance en rapport avec l'accident et susceptible d'avoir favorisé l'apparition de telles atteintes; en particulier, l'accident ne revêtait pas un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant et n'a pas entraîné de lésion physique grave.

6. Le recourant soutient que l'assureur intimé a refusé à tort une nouvelle intervention chirurgicale (ostéotomie de valgisation) ayant pour but de soulager les structures externes réparées ou reconstruites sur un genou en varus après une entorse grave. Implicitement, il soutient que le cas a été clôturé trop tôt.

a) L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA). Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit au traitement médical cesse dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. L'art. 19 al. 1 LAA délimite temporellement le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (TFA U 391/2000 du 9 mai 2001, consid. 2.a). Par amélioration

sensible de l'état de santé, il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et les références). L'utilisation du terme "sensible" par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3). En particulier, il n'y a pas amélioration sensible si une mesure thérapeutique ne peut que soulager pour un temps limité les plaintes liées à une atteinte à la santé qui est stabilisée (RAMA 2005 n° U 557 p. 388, TFA U 244/2004 du 20 mai 2005, consid. 3.1).

L'évolution de l'état de santé de la personne assurée doit être établie avec une vraisemblance prépondérante sur la base d'un pronostic et non sur la base de constatations rétrospectives (RAMA 2005 n° U 557 p. 388, TFA U 244/2004 du 20 mai 2005, consid. 3.1 avec références; TF 8C_29/2010 du 27 mai 2010, consid. 4.2).

La poursuite d'un traitement médical amenant une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré avec effet sur la capacité de travail n'empêche la clôture du cas que si le traitement portait sur une atteinte à la santé qui était en lien de causalité avec l'accident assuré (TF 8C_327/2010 du 22 juillet 2010, consid. 4.2). Selon la jurisprudence, l'assureur-accident peut nier le rapport de causalité et cesser "ex nunc et pro futuro" les prestations malgré l'octroi antérieur du traitement et d'indemnités journalières sans devoir se fonder sur un motif de réexamen ou de révision (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1), sauf lorsque la restitution de prestations payées est requise (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8 et TF 8C_714/2009 du 14 avril 2010, consid. 4.2).

b) En l'espèce, l'argumentation du recourant relative à l'absence de stabilisation de son état de santé ne saurait conduire à l'octroi de la rente litigieuse, compte tenu de l'art. 19 al. 1 LAA. Quoiqu'il en soit, cette argumentation est infondée. Une ostéotomie de valgisation a été envisagée le 23 février 2010 par le Dr W._____, tout en relevant que "le contexte global, en particulier socioprofessionnel, ne semble pas être très engageant". Le Dr W._____ n'a toutefois plus repris cette

suggestion dans son avis du 2 juillet 2010, puisqu'il considérait le traitement comme en principe terminé et déclarait qu'il n'avait pas d'autre proposition. Le Dr V. _____ a, pour sa part, estimé le 6 août 2010 qu'il ne semblait pas raisonnable de proposer "actuellement" un traitement chirurgical (ostéotomie de valgisation) au recourant étant donné ses plaintes. En l'absence d'informations médicales montrant que les facteurs en défaveur d'une ostéotomie de valgisation étaient en cours de modification, l'assureur intimé a conclu à juste titre que l'état de santé du recourant était stabilisé, aucun traitement médical ne pouvant apporter une sensible amélioration de la capacité de travail.

7. Il est incontesté que l'ancienne activité d'aide-monteur en ventilation ne respecte pas les limitations fonctionnelles reconnues au recourant. Le litige porte uniquement sur la question de la capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), donc sur l'aptitude du recourant à travailler dans une activité adaptée.

a) Pour pouvoir déterminer la capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour l'assuré, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid.4).

Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes

à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 107 V 20 consid. 2b; TF I 778/2005 du 11 janvier 2007, consid. 6 avec d'autres références).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGa), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'oeuvre (TFA I 198/1997 du 7 juillet 1998, consid. 3b et les références in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGa, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C_984/2008 du 4 mai 2009, consid. 4.1; TFA I 350/1989 du 30 avril 1991, consid. 3b in RCC 1991 p. 329 et I 329/1988 du 25 janvier 1989, consid. 4a in RCC 1989 p. 328).

b) Selon la décision attaquée qui se fonde sur l'appréciation du Dr V._____, les limitations fonctionnelles découlant des atteintes au genou droit sont l'exigence qu'il s'agisse d'une activité sédentaire nécessitant peu de déplacements mais permettant l'alternance des positions assis/debout ainsi que l'absence d'escaliers ou de déplacement

en terrain irrégulier. Le recourant ne conteste pas cette évaluation. En revanche, il critique le fait que l'assureur intimé ait estimé sa capacité de travail comme entière dans une activité adaptée respectant ces limitations fonctionnelles sur la base de l'avis du Dr V._____.

Le recourant soutient que sa capacité de travail est restreinte au motif que l'atteinte au genou persiste et qu'il continue à ressentir de fortes douleurs. Or la persistance de l'atteinte au genou est le facteur qui justifie les limitations fonctionnelles. Quant aux douleurs, tant le Dr Q._____ que le Dr V._____ soutiennent qu'il y a un tableau subjectif algique avec difficultés fonctionnelles majeures paraissant médicalement inexplicables. Le Dr W._____ a certes déclaré dans un courrier du 23 février 2010 que la lésion cartilagineuse sévère du compartiment interne du genou droit (chondropathie) est à l'origine des plaintes de l'assuré. On ne peut toutefois pas en déduire que le Dr W._____ soutenait que la chondropathie explique l'ensemble des douleurs et leur intensité avancées par le recourant. De plus, le Dr W._____ ne s'est pas prononcé sur les limitations fonctionnelles consécutives à la chondropathie et sur la capacité de travail du recourant dans une profession adaptée. D'ailleurs, l'avis des Drs Q._____ et V._____ est corroboré par l'évaluation du Dr H._____ du 20 novembre 2009, selon lequel l'évolution était "relativement particulière", marquée probablement "par une volonté de ne pas franchement améliorer la situation", le recourant étant "peu volontaire" et mimait même lors de l'examen clinique des lâchages de son genou. De même, les Drs B._____ et E._____ de la CRR relevaient que les altérations du compartiment externe du genou droit ne semblaient pas pouvoir expliquer les gonalgies externes alléguées, qu'il n'y avait pas d'explication médicale à la diminution des performances fonctionnelles du patient en fin de séjour, y compris pour la jambe gauche, si ce n'était une participation et une motivation incertaines, et enfin qu'il était difficile de dire à quel point les altérations du compartiment interne participaient aux symptômes du patient, tant le comportement douloureux est marqué.

Selon le rapport des Drs B._____ et E._____ de la CRR, l'analyse par IRM avait montré que le recourant souffrait de chondropathie

de stade III du condyle fémoral interne. L'arthroscopie du 11 janvier 2010 a permis de constater que la chondropathie du condyle fémoral interne avait atteint le stade IV, en raison d'une grosse ulcération de la zone de charge. Tant le Dr Q._____ que le Dr V._____ ont estimé que le diagnostic d'une ulcération du cartilage (stade IV) au lieu d'un cartilage d'aspect chevelu (stade III) ne suffisait pas pour justifier l'ensemble des douleurs alléguées par le recourant. L'évaluation des Drs Q._____ et V._____, qui reposait aussi sur un examen clinique complet et avait été faite en pleine connaissance du dossier médical, a pleine valeur probante et est convaincante eu égard au fait qu'il n'y avait pas d'arthrose puisque le cartilage tibial était épargné selon les résultats de l'arthroscopie du 11 janvier 2010.

Le recourant soutient par ailleurs qu'aucun traitement des douleurs, notamment d'un point de vue psychologique, n'a été entrepris. Dans la mesure où aucun traitement spécifique de l'état algique n'a été proposé ni par les médecins consultés par le recourant ni par les médecins de la CNA qui l'ont examiné, on peut admettre qu'un tel traitement ne modifierait pas la capacité de travail du recourant.

En conclusion, c'est à juste titre que l'assureur intimé a reconnu au recourant une pleine capacité de travail dans une profession adaptée à ses limitations fonctionnelles.

8. Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des deux revenus déterminants et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 128 V 29 consid. 1 et 104 V 135 consid. 2a et 2b). A cet égard, sont déterminants les rapports existant au moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente, ainsi que les modifications éventuelles survenues jusqu'au moment de la décision qui ont des conséquences sur le droit à la rente (ATF 128 V 174).

Dans le cas particulier, la comparaison des revenus doit être effectuée compte tenu des circonstances de fait telles qu'elles se présentaient en août 2010, lors de la fin des prestations provisoires (cf. art. 19 al. 1 LAA).

9. Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé; le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte si nécessaire de l'évolution des prix et de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009, consid. 6.1.2.1).

Aux termes de l'art. 25 al. 1 RAI (Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) (en relation avec l'art. 28a LAI), est réputé revenu déterminant au sens de l'art. 16 LPGA, pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS (à l'exception des prestations, éléments de salaire et indemnités mentionnées aux let. a à c de cette disposition, sans pertinence en l'espèce). Cette réglementation est applicable par analogie dans le domaine de l'assurance-accidents, dès lors que la notion d'invalidité y est la même que dans l'assurance-invalidité (cf. ATF 133 V 549 consid. 6.1). Elle établit un parallèle entre le

revenu soumis à cotisation à l'assurance-vieillesse et survivants et le revenu à prendre en considération pour l'évaluation de l'invalidité; ce parallèle n'a toutefois pas valeur absolue et la jurisprudence admet quelques rectificatifs, par exemple si une diminution ou une augmentation extraordinaire du revenu pendant une période déterminée est dûment établie (cf. TFA I 499/1997 du 23 novembre 1998 in SVR 1999 IV n° 24 p. 71).

En l'espèce, l'assureur intimé s'est référé à juste titre au revenu brut en 2008 de 4'500 fr. par mois selon la déclaration de sinistre LAA du 25 septembre 2008. Les 420 fr. mensuels à titre de remboursement des frais supplémentaires (repas et déplacement), ne constituent pas un revenu du travail (art. 25 al. 1 RAI; RCC 1986 p. 434 consid. 3b; TFA I 581/2000 du 15 juin 2001), mais un dédommagement pour les dépenses directement liées à l'exercice de la profession; dès lors, ces frais ne doivent pas être pris en considération dans le calcul du gain annuel.

Le revenu annuel était donc de 54'000 fr. en 2008 (4'500 fr. x 12). Comme la faillite de l'employeur de l'assuré a été prononcée en août 2009, il faut calculer le revenu sans invalidité en indexant le revenu brut de 2008 à l'évolution des salaires nominaux dans la construction en 2009 (2 %) et en 2010 (0.7 %) (La vie économique 5/2012, tableau B 10.2 p. 95). Cela donne 55'466 fr. et non 55'752 fr. selon la décision attaquée.

10. Le revenu avec invalidité a été fixé dans la décision attaquée à 51'787 fr. par an sur la base de cinq descriptions de postes de travail (DPT) pris parmi trente six dont le salaire moyen s'élevait à 52'791 francs:

DPT	Description	Lieu	Salaire minimal	Salaire maximal	Salaire moyen
366371	Collaborateur de production	Yverdon-les-Bains	44'850	52'000	48'425
3401	Collaborateur	Ste Croix	48'000	51'000	49'500

	de production				
7588	Collaborateur de production	Le Sentier	47'060	54'860	50'960
362411	Collaborateur de production	Renens	50'000	59'800	54'900
1138	Collaborateur de production	Montelier	48'600	61'700	55'150

Le recourant conteste que les postes envisagés soient compatibles avec ses limitations fonctionnelles.

a) Il estime que la DPT n° 3401 représente un emploi incompatible avec ses limitations fonctionnelles. Il se réfère à la description du poste qui est formulée comme suit:

"L'étampeur charge une machine avec des bandes de matière première. D'une façon générale, ces bandes pèsent jusqu'à 5 kg au maximum. Il peut cependant y avoir des torches à manipuler (env. 40-50 kg), mais avec des moyens à disposition. Pour lancer la machine, il faut appuyer avec le pied sur une pédale. L'employé va chercher actuellement sa matière tout seul ou sur demande peut le demander à un collègue."

Il relève par ailleurs qu'il y est explicitement mentionné qu'"une personne avec, un handicap à un genou n'est pas conseillée."

Dans sa réponse, l'assureur intimé conteste que la DPT soit inadaptée aux limitations fonctionnelles du recourant. Il fait valoir que, d'une part, l'assuré peut appuyer sur la pédale avec son membre inférieur sain, à savoir son pied gauche, et, d'autre part, si effectivement le genou droit souffre de limitations fonctionnelles, l'on ne saurait les qualifier de sévères et, partant, de handicap à proprement parler au vu des constatations du Dr V._____.

Les limitations fonctionnelles du recourant n'empêchent pas celui-ci d'utiliser sa jambe saine pour actionner la pédale de la machine ni de faire de rares déplacements limités selon la DPT à 50 m. La DPT 3401 n'est donc pas inadaptée aux limitations fonctionnelles du recourant.

b) Quant à la DPT n° 366371, le recourant l'estime inadaptée puisque l'employé doit pouvoir régler une machine, ce qui implique une plus forte mobilité. Or, selon la description, l'employé doit tourner autour de la machine et faire parfois des déplacements inférieurs à 50 m. Cela n'entre pas en contradiction avec l'exigence qu'il y ait peu de déplacements. Le recourant critique aussi le fait que le poste exige qu'il soit parfois en mesure de fléchir ses genoux alors que ses limitations fonctionnelles excluent la montée d'escaliers. Cette limitation fonctionnelle n'exclut toutefois pas des flexions occasionnelles des genoux. La DPT vise donc un poste adapté aux limitations fonctionnelles du recourant.

c) Il découle de ce qui précède que le revenu annuel d'invalidé s'élève à 51'787 fr., comme établi dans la décision attaquée. Point n'est donc besoin de tenir compte des salaires statistiques pour fixer le revenu d'invalidé, contrairement à ce que le recourant soutient.

11. Compte tenu de ce qui précède, la différence entre le revenu de valide de 55'466 fr. et le revenu d'invalidé de 51'787 fr. conduit à un taux d'invalidité de 6.63%, arrondi à 7%. Ce taux étant inférieur au seuil minimal de 10%, c'est à juste titre que l'assureur intimé a nié le droit du recourant à une rente pour invalidité. Le recours doit dès lors être rejeté et la décision attaquée doit être confirmée.

12. La cause doit être rendue sans frais (art. 61 let. a LPGA). Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g a contrario LPGA; art. 55al. 1 LPA-VD).

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

prononce :

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents du 8 novembre 2010 est confirmée.

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

Le président :

Le greffier :

Du

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

- X. _____,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :