

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 4 mai 2021

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mme Durussel, juge, et M. Bidiville, assesseur  
Greffier : M. Favez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 10, 18, 19 et 24 LAA ; art. 16 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1976, travaillait à 100 % (40,5 heures par semaine) comme manœuvre de chantier pour le compte de B.\_\_\_\_\_ SA. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 30 avril 2014, alors qu'il procédait à un décoffrage, l'assuré a reçu des panneaux sur la jambe droite, ce qui a entraîné une incapacité de travail totale.

Une IRM du 14 mai 2014 a montré une rupture du ligament croisé antérieur (LCA) associée à une déchirure de la corne moyenne du ménisque externe.

La CNA a pris en charge le traitement médical et alloué des indemnités journalières.

L'assuré a subi une première intervention chirurgicale le 6 juin 2014 sous la forme d'une reconstruction du LCA droit aux ischio-jambiers et d'une méniscectomie partielle externe (lettre de sortie de l'Hôpital C.\_\_\_\_\_ du 11 juin 2014, Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

En raison de l'évolution défavorable, marquée par la recrudescence des douleurs et des limitations fonctionnelles, la CNA a adressé l'assuré à la Clinique de réadaptation D.\_\_\_\_\_ pour un complément de rééducation et une prise en charge pluridisciplinaire.

L'assuré a séjourné à la Clinique de réadaptation D.\_\_\_\_\_ du 27 janvier au 11 mars 2015. Dans son rapport du 21 avril 2015, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a notamment retenu les diagnostics de gonalgies chroniques droites,

d'accident du travail le 30 avril 2014 avec rupture complète du LCA et de déchirure de la corne moyenne du ménisque externe, ainsi que des comorbidités sous la forme de lombalgies chroniques et de troubles dégénératifs lombaires étagés au niveau des vertèbres L1 à L5 (IRM lombaire réalisée le 5 février 2015). Aux termes du séjour, la Clinique de réadaptation D.\_\_\_\_\_ a estimé que la situation n'était pas stabilisée. Le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin consultant à la Clinique de réadaptation D.\_\_\_\_\_, a proposé de poursuivre la rééducation et, le cas échéant, d'envisager une consultation spécialisée à six mois en vue d'une reprise chirurgicale.

L'assuré a consulté le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_, en vue d'une reprise chirurgicale (cf. rapports du Dr F.\_\_\_\_\_ des 21 août et 23 novembre 2015). Dans un contexte de plastie mal positionnée, le Dr F.\_\_\_\_\_ a effectué le 22 juin 2016 une arthroscopie du genou droit et procédé à l'ablation de la plastie du LCA réalisée à l'Hôpital C.\_\_\_\_\_, au débridement des tunnels tibial et fémoral ainsi qu'au comblement de ceux-ci par des allogreffes osseuses spongieuses (rapport du 8 septembre 2016).

Le 18 janvier 2017, le Dr F.\_\_\_\_\_ a réalisé une nouvelle arthroscopie pour reconstruire le LCA du genou droit.

L'assuré a séjourné à Clinique de réadaptation D.\_\_\_\_\_ du 24 janvier au 28 février 2017 pour la rééducation consécutive à la plastie du LCA réalisée par le Dr F.\_\_\_\_\_. Selon le rapport du 9 mars 2017 de la Clinique de réadaptation D.\_\_\_\_\_, les plaintes et les limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les suites de la rupture complète du LCA et la déchirure de la corne moyenne du ménisque externe au genou droit. Des facteurs contextuels (mauvaise maîtrise du français, situation familiale complexe) influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient qui cotait très haut ses douleurs. Sur le plan du rachis, les radiographies réalisées le

26 janvier 2017 étaient comparables à l'examen du 5 février 2015. Les médecins de la Clinique de réadaptation D.\_\_\_\_\_ ont retenu les limitations fonctionnelles provisoires suivantes : activités nécessitant le maintien d'une position accroupie ou à genoux ; marche sur de moyennes distances ; montées, descentes répétées d'échelles ou d'escaliers : port de charges. La stabilisation de la situation médicale n'était pas attendue avant un délai de six mois. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable en raison des conséquences de l'accident et des troubles dégénératifs du rachis lombaire. La Clinique de réadaptation D.\_\_\_\_\_ a estimé que le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée était limité par les facteurs contextuels (absence de qualification reconnue, mauvaise maîtrise du français).

Par la suite, la CNA a recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins ayant suivi l'assuré au Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_ (rapport du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 1<sup>er</sup> mai 2017, rapport des Drs F.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, des 26 juin et 27 septembre 2017). Elle a ensuite soumis le cas à son médecin d'arrondissement.

Le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA, a examiné l'assuré le 27 septembre 2017. Le Dr K.\_\_\_\_\_ a retenu que l'état de santé de A.\_\_\_\_\_ était stabilisé. S'agissant des plaintes de l'intéressé, il a relevé que l'impression qui prévalait était « *très nettement celle de la simulation* ». Il a estimé que l'intéressé pouvait reprendre le travail à 100 % dès le 1<sup>er</sup> octobre 2017 avec pour seules limitations fonctionnelles les travaux accroupis ou à genoux prolongés. Il a retenu que les imageries au dossier ne montraient pas de troubles dégénératifs et qu'en conséquence, il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité (rapport du Dr K.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> novembre 2017).

Par courrier du 29 septembre 2017, la CNA a confirmé à l'assuré qu'elle mettait fin à ses prestations à compter du 2 octobre 2017, expliquant que selon l'appréciation de son médecin d'arrondissement, il bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité ne nécessitant pas de travaux accroupis ou à genoux de manière prolongée.

Le 25 octobre 2017, l'assuré a signifié à la CNA son désaccord quant à l'arrêt des prestations.

La CNA a complété le dossier médical et recueilli les rapports du Dr L.\_\_\_\_\_, (du 17 avril 2018) médecin-chef auprès du Centre médical M.\_\_\_\_\_, et du Dr F.\_\_\_\_\_ (du 14 décembre 2018).

Par décision du 24 avril 2019, la CNA a nié le droit de A.\_\_\_\_\_ à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Elle a considéré que l'assuré était, sur le plan médical, à même, en ce qui concerne les séquelles accidentelles, d'exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de travaux accroupis ou à genoux prolongés) dans différents secteurs de l'industrie et ne présentait par conséquent pas de préjudice économique. Elle a aussi expliqué que les constatations médicales n'avaient pas montré d'atteinte importante à l'intégrité consécutive à l'accident.

Le 27 mai 2019, l'assuré s'est opposé à cette décision, estimant que son état de santé n'était pas stabilisé. Il a demandé, principalement la reprise depuis le 2 octobre 2017 du versement des indemnités journalières et de la prise en charge des traitements médicaux ; subsidiairement, une rente entière (100%) d'invalidité et une indemnité pour atteinte à l'intégrité. A l'appui de son écriture, il a produit un rapport du 13 mai 2019 du Prof. N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Par décision sur opposition du 27 juin 2019, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré.

**B.**           **a)** Par acte du 8 août 2019, A. \_\_\_\_\_ a, par l'intermédiaire de son mandataire, Me Jean-Michel Duc, déféré la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme, en ce sens que la CNA continue à lui verser des indemnités journalières et qu'elle prenne en charge les traitements médicaux ; subsidiairement au versement d'une rente entière d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité ; encore plus subsidiairement à l'annulation de la décision sur opposition. Il a invoqué que son état de santé n'était pas stabilisé et contesté pouvoir travailler à 100 %. Il a en outre requis la prise en charge par la CNA des frais d'établissement du rapport du Prof. N. \_\_\_\_\_ du 13 mai 2019.

**b)** Dans sa réponse du 28 mai 2019, la CNA a conclu au rejet du recours.

**c) aa)** Par ordonnance du 10 mars 2020, le juge instructeur a invité le Centre hospitalier G. \_\_\_\_\_ à répondre à un questionnaire.

**bb)** Le Dr F. \_\_\_\_\_ a déposé ses réponses au questionnaire le 9 avril 2020. Il a joint à ces renseignements une note d'entretien avec le Dr L. \_\_\_\_\_ du 16 avril 2019. La teneur des réponses du Dr F. \_\_\_\_\_ est la suivante :

**1. Depuis quand suivez-vous A. \_\_\_\_\_ ?**

Nous l'avons évalué à notre consultation pour la 1ère fois le 21.08.2015. Il s'agissait d'un second avis au terme d'une évolution post-opératoire défavorable. L'évaluation concernait son genou droit. Il y a subi un traumatisme au 30.04.2014. La prise en charge initiale a été réalisée à l'Hôpital C. \_\_\_\_\_ par le Dr O. \_\_\_\_\_. Le patient avait déjà été opéré sur ce genou à [...] le 06.06.2014 pour plastie du ligament croisé antérieur (LCA) associée à une méniscectomie partielle externe.

**2. Quels étaient les motifs de la 1ère consultation ?**

Vous trouverez réponse au point 1. (...).

**3. Quel(s) diagnostic(s) avez-vous posé(s) ?**

Nous avons retenu les diagnostics suivants:

1. Status post plastie du LCA par tendon des ischio-jambiers réalisée le 06.06.2014, en position non anatomique.
2. Status post méniscectomie partielle externe.
3. Neuropathie du nerf saphène interne.
4. Gonarthrose tricompartmentale à prédominance fémoro-tibiale externe.
5. Lésion partielle de la racine de la corne postérieure du ménisque externe.

**4. Sur base de quelles observations cliniques les diagnostics retenus ont-ils été posés ?**

Les examens cliniques successifs, l'analyse de l'IRM du 04.05.2014, de celle du 27.11.2014 et du scanner du 28.08.2015 sont venus compléter ces observations. Le patient a également été évalué en consultation d'antalgie au 26.10.2015 ; évaluation qui a confirmé l'atteinte du nerf saphène interne droit.

**5. Un traitement a-t-il été instauré ?**

Oui. Nous avons procédé à une reprise chirurgicale le 22.06.2016 pour ablation de la plastie du LCA réalisée au 06.06.2014. Le patient a ensuite été pris en charge en physiothérapie. Il a été suivi en parallèle en consultation d'antalgie. Nous sommes réintervenus le 10.06.2017 pour procéder à une réimplantation de plastie LCA par prélèvement du tiers central du tendon quadricipital controlatéral. Une physiothérapie a été reprise au terme de cette 3ème prise en charge chirurgicale. Devant la présence de lombosciatalgies concomitantes, le patient a été évalué en sein de l'unité spinale du Centre hospitalier G. \_\_\_\_\_ au 16.04.2017 avec réalisation d'une IRM lombaire. A ce niveau, un diagnostic de discopathie étagée L1-L5 a été retenu avec un traitement conservateur.

**6. Dans l'affirmative, quelles ont été ses modalités ?**

Les détails se trouvent en réponse du point 5.

**7. Comment la situation a-t-elle évolué objectivement et subjectivement ?**

Sur le plan subjectif, l'évolution est restée défavorable ; le patient rapportant des gonalgies bilatérales associées à des lombosciatalgies droites. Les reprises chirurgicales auraient toutefois permis une régression des plaintes côté droit. Par contre, sur le plan objectif, nous avons assisté à une récupération complète des amplitudes articulaires à hauteur des deux genoux. Côté droit, nous avons noté une bonne compétence de la plastie LCA. L'IRM de contrôle post-opératoire réalisée le 22.08.2017 et celle réalisée le 24.08.2018 montrent une atteinte dégénérative arthrosique tricompartmentale débutante; l'importance des lésions n'étant pas concordante avec l'importance de la symptomatologie douloureuse rapportée par le patient. Un scanner de contrôle réalisé sur le genou droit le 10.01.2018 avait relevé une position anatomique de la reprise de la plastie LCA réalisée. Cette évolution mitigée est à

intégrer dans un contexte de kinésiophobie avec syndrome de majoration, signes d'autolimitation, syndrome de sensibilisation et forte composante psychosomatique. Un contexte de conflit asséculo-logique est également présent.

**8. Pour quels motifs avez-vous établi des certificats d'incapacité de travail pour les mois de septembre et octobre 2018 ?**

Devant l'évolution susmentionnée, nous avons évalué que le patient était incapable de reprendre son activité professionnelle comme maçon et installateur sanitaire. Il était en arrêt de travail à 100 % depuis le 30.04.2014. Lors de l'évaluation du 06.11.2018, dont je vous prie de trouver copie en annexe, nous avons proposé un reclassement professionnel.

**9. Comment décririez-vous la situation actuelle de votre patient sur le plan clinique et diagnostic ?**

L'évolution actuelle du patient ne nous est pas connue. La dernière évaluation réalisée à notre consultation remonte au 06.11.2018. Le patient a ensuite été évalué par le Dr L. \_\_\_\_\_ au 20.02.2019 et nous avons eu une conversation téléphonique à son sujet. Je vous prie de trouver en annexe copie de notre note au dossier du 15.04.2019 faisant mention de cette conversation. Nous avons proposé qu'un suivi soit ensuite réalisé par le médecin traitant du patient, le Dr [...].

**10. Peut-on affirmer que la situation est désormais stabilisée ?**

Oui, au terme de la dernière évaluation du mois de novembre 2018, nous estimons le cas comme stabilisé.

**11. Le ou les diagnostics posés ont-ils une répercussion sur les capacités de A. \_\_\_\_\_ à exercer, en faisant preuve d'un effort raisonnablement exigible, son activité habituelle (manœuvre de chantier) ou une activité adaptée à son état de santé ?**

La reprise de l'activité de manœuvre sur chantier, maçon ou installateur sanitaire nous paraît compromise. Nous retenons les restrictions et limitations fonctionnelles suivantes: pas de travail à genoux ou accroupi, pas de port de charge au-delà de 10 kg, pas de travail impliquant une montée sur échelle ou escabeau, station debout prolongée pour des périodes de 2 h maximum à la fois.

**12. Dans l'affirmative, pour quelle raison A. \_\_\_\_\_ est-il limité dans sa capacité à exercer son activité habituelle ou une activité adaptée à son état de santé ? Limitations fonctionnelles ?**

Nous retenons que les limitations fonctionnelles sont à mettre en rapport avec une atteinte arthrosique débutante diffuse à hauteur

de son genou droit, à un status multi-opéré et à une composante neuropathique. Le contexte de lombosciatalgie est surajouté.

**13. Dans quelle mesure A.\_\_\_\_\_ est-il limité dans sa capacité à exercer son activité habituelle ou une activité adaptée à son état de santé ?**

En respectant les limitations fonctionnelles mentionnées ci-dessus, le taux de capacité de travail est estimé à 100 %.

**14. De quelle manière la capacité de A.\_\_\_\_\_ à exercer son activité habituelle ou une activité adaptée à son état de santé a-t-elle évolué depuis le début de la prise en charge au sein de votre service ?**

Au cours du suivi, nous avons assisté à une régression de la symptomatologie douloureuse à hauteur du genou droit (récupération incomplète à ce niveau) et à une récupération complète des amplitudes articulaires.

**15. Quel est votre pronostic quant à l'évolution de l'état de santé de A.\_\_\_\_\_ au cours de ces prochaines années ?**

Un risque de progression de l'atteinte arthrosique, particulièrement à hauteur du compartiment fémoro-tibial externe, est présent.

**16. Avez-vous d'autres observations à formuler ?**

Devant l'importance de la composante neuropathique à la symptomatologie douloureuse, il me paraîtrait utile que vous contactiez le centre d'antalgie du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_ afin d'obtenir une évaluation circonstanciée. Le patient a également été évalué par le Dr L.\_\_\_\_\_ et un rapport circonstancié de sa part pourrait être utile. Enfin, un rapport circonstancié des évaluations et de la prise en charge initiale réalisée par le Dr O.\_\_\_\_\_ à [...] nous paraîtrait également utile.

**cc)** Le 15 juin 2020, A.\_\_\_\_\_ s'est déterminé et a requis la production des rapports du Centre d'antalgie du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_, du Dr L.\_\_\_\_\_ et du Dr O.\_\_\_\_\_, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Il a en outre transmis les rapports d'IRM des 31 janvier (rachis lombaire) et 4 mai 2020 (genou droit) du Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie.

**dd)** Dans ses déterminations du 7 août 2020, la CNA a admis que la décision litigieuse devait être corrigée en ce sens que l'assuré pouvait prétendre aux prestations de l'assurance-accidents au plus tard

jusqu'au 30 avril 2018. Elle a proposé le maintien de la décision attaquée pour le surplus. Elle a produit à l'appui de ses déterminations un rapport du 5 août 2020 de la Dre Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie auprès de sa Division médicale, laquelle estimait que la situation médicale était stabilisée quinze mois après la troisième intervention chirurgicale, que les troubles du rachis n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident, que l'activité antérieure n'était plus exigible et que le recourant bénéficiait d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée (« pas de travail à genoux ou en position accroupie, pas de travail impliquant des montées et descentes répétées d'échelle ou d'escabeau, pas de marche sur terrain accidenté prolongée et répétée, pas de ports de charges répétés de plus de 15 kg »). Elle préconisait un travail semi-sédentaire avec alternance des positions assise et debout.

**ee)** A.\_\_\_\_\_ a déposé des observations le 24 août 2020. Il a contesté la valeur probante du rapport du 5 août 2020 de la Dre Q.\_\_\_\_\_. Il a requis une évaluation du centre d'antalgie du Centre hospitalier G.\_\_\_\_\_, la production de rapports par les Drs L.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_, la soumission du dossier et de la prise de position de la Dre Q.\_\_\_\_\_ au Dr F.\_\_\_\_\_ et au Prof. N.\_\_\_\_\_, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire.

**ff)** Par courrier du 27 octobre 2020, le juge instructeur a informé l'assuré qu'il ne donnait pas suite à ses réquisitions du 24 août 2020.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des

assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige a pour objet la question du droit du recourant à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, singulièrement la question de savoir si la situation du recourant peut être considérée comme étant suffisamment stabilisée pour établir les séquelles lésionnelles.

**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. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

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

une question de fait, que l'administration, 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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

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 ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). 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 ; TF 8C\_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2).

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

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

**c) aa)** L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

**bb)** Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite.

L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (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 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré - ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C\_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3) - et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

**4.** 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).

**5. a)** Par sa décision sur opposition du 27 juin 2019, l'intimée a nié le droit à des prestations de l'assurance-accidents pour les troubles allégués par le recourant après le 1<sup>er</sup> octobre 2017, motif pris de la stabilisation de la lésion du LCA et de l'absence de lien de causalité naturelle et adéquate entre les troubles du rachis et l'accident du 30 avril 2014. La décision entreprise est fondée sur les appréciations du Dr K.\_\_\_\_\_ (rapport du 1<sup>er</sup> novembre 2017), du Dr L.\_\_\_\_\_ (rapport du 17 avril 2019) et du Prof. N.\_\_\_\_\_ (rapport du 13 mai 2019).

**b)** En l'occurrence, le recourant présente des séquelles à la suite de la reconstruction chirurgicale du ligament croisé antérieur de son genou droit (notamment : réponses du Dr F.\_\_\_\_\_ du 9 avril 2020, ch. 3, 11 et 14 ; rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ du 17 avril 2019 ; rapport de la Clinique de réadaptation D.\_\_\_\_\_ du 9 mars 2017), dont les conséquences ont été prises en charge par l'intimée jusqu'au 1<sup>er</sup> octobre 2017. Il conteste qu'à partir de cette date sa situation se soit stabilisée au niveau du genou droit et invoque des lombalgies chroniques (rapport du Prof. N.\_\_\_\_\_ du 13 mai 2019). Subsidiairement, il estime avoir droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

**c) aa)** S'agissant des lombalgies chroniques, les médecins de la Clinique de réadaptation D.\_\_\_\_\_ ont admis ce diagnostic à titre de comorbidité (rapport du 21 avril 2015) sur la base d'une IRM lombaire réalisée le 5 février 2015. Leur rapport retient des troubles dégénératifs étagés, avec des déshydratations discales et pincements intersomatiques au niveau des vertèbres L1 à L5 ainsi qu'avec des disques protrusifs. Les médecins n'ont pas identifié d'anomalie de signal évoquant une atteinte traumatique, inflammatoire ou compressive.

Lors du second séjour à la Clinique de réadaptation D.\_\_\_\_\_, une radiographie de la colonne lombaire a été effectuée et a montré un examen comparable avec l'IRM du 5 février 2015. Les médecins de la Clinique de réadaptation D.\_\_\_\_\_ confirment la présence de lombalgies chroniques et les rapportent aux troubles dégénératifs étagés au niveau des vertèbres L1 à L5.

Le recourant ne saurait tirer d'argument du rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ du 17 avril 2018 qui pose les diagnostics de lombalgies chroniques avec sciatalgies tronchées dans le cadre d'un status post entorse du genou. Certes, le Dr L.\_\_\_\_\_ relève dans son anamnèse intermédiaire que la chute du recourant lors de l'accident du 30 avril 2014 a entraîné des lésions au niveau du dos. Cette assertion ne repose toutefois que sur les déclarations du recourant recueillies à l'anamnèse dans la mesure où l'intéressé n'a pas apporté son dossier radiologique au Dr L.\_\_\_\_\_. Ce spécialiste n'était ainsi pas en mesure d'identifier les phénomènes dégénératifs (dessication, protrusions discales, ostéophytes et scoliose) visibles à l'imagerie.

Quant au Prof. L.\_\_\_\_\_, il décrit ce qui suit dans son rapport du 13 mai 2019 :

Au niveau du rachis, il existe un syndrome vertébral avec une raideur lombaire, mais sans répercussion neurologique qui est en partie lié aux difficultés du genou droit. Ces difficultés décrites plus haut nécessitent pour le patient le port d'une canne, ce qui entraîne

des altérations dans la démarche, ce qui amène des répercussions posturales importantes au niveau du rachis.

Ce spécialiste ne précise toutefois pas pour quels motifs il s'écarte des imageries au dossier qui montrent des troubles dégénératifs. Son appréciation n'est au demeurant pas motivée par des références médicales, contrairement à d'autres points de son rapport.

Enfin, dans son rapport d'IRM du 31 janvier 2020, le Dr P.\_\_\_\_\_ fait aussi état d'un probable phénomène de scoliose (status osseux) et de discopathie dégénérative pluri-étagées de L1-L2 à L5-S1 (status disco-ligamentaire).

**bb)** Pour écarter la causalité, indirecte, entre les lombalgies et la boiterie consécutive, l'intimée a fondé sa décision sur opposition sur un arrêt du Tribunal fédéral du 22 juin 2007 (cause U 300/06 consid. 5.2) qui retient que la doctrine médicale et les récentes expériences menées par les chercheurs démontraient que le phénomène de boiterie n'était pas susceptibles d'entraîner des lombalgies. Dans son rapport du 5 août 2020 (pp. 22-23), la Dre Q.\_\_\_\_\_ expose l'état de la recherche à ce propos (Harrigton et Harris). Son évaluation montre que la douleur ou le handicap dans une jambe n'est pas susceptible de surcharger l'autre jambe ou la colonne vertébrale et que l'utilisation de cannes n'entraîne pas une surcharge sur le dos du fait que le rythme de la marche est pratiquement identique. Elle estime que la dessiccation, les protrusions discales, les ostéophytes et la scoliose visible à l'IRM démontrent le caractère nettement dégénératif/maladif de l'atteinte. Contrairement à l'appréciation du Prof. N.\_\_\_\_\_, le point de vue de la Dre Q.\_\_\_\_\_, dûment justifié, est convaincant et il n'y a pas de motif sérieux de le remettre en cause. Le recourant n'apporte d'ailleurs aucun élément concret permettant de mettre en doute le caractère dégénératif des troubles au niveau des vertèbres L1 à L5.

**cc)** Dans ce contexte, il n'y a pas lieu de mettre en cause le point de vue de l'intimée, selon lequel les troubles dégénératifs lombaires

allégués par le recourant ne sont pas en relation de causalité naturelle avec l'accident du 30 avril 2014.

**d)** Les médecins consultés par le recourant ne préconisent pas de nouvelle intervention chirurgicale ; une attitude conservatrice est recommandée (rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 14 décembre 2018 et note au dossier du 16 avril 2019). Le Prof. N. \_\_\_\_\_ propose également un traitement conservateur et met en garde contre les risques d'une nouvelle intervention. S'agissant d'une rééducation physique, le recourant a refusé le reconditionnement proposé par le Dr L. \_\_\_\_\_ (rapport du 17 avril 2018) en lui expliquant se concentrer sur les « démarches faites à [...] ». Toutefois, le Dr F. \_\_\_\_\_ n'a pas fait état de démarches de rééducation ou de reconditionnement musculaire au Centre hospitalier G. \_\_\_\_\_ (rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 14 décembre 2018 ; réponses du 9 avril 2020 ; note jointe au dossier du 16 avril 2019).

**e)** Il convient ensuite d'évaluer à quelle date il ne pouvait plus être attendu d'amélioration de la situation sur le plan de la capacité de travail. Dans ses réponses données le 9 avril 2020 au questionnaire de la Cour (ch. 10), le Dr F. \_\_\_\_\_ expose qu'au terme de sa dernière consultation du 6 novembre 2018, la situation de son patient pouvait être considérée comme stabilisée.

Dans son rapport du 5 août 2020 (pp. 21-22), la Dre Q. \_\_\_\_\_ retient que dans le cas d'une seconde ligamentoplastie après ablation de la première plastie (« re-plastie en deux temps »), la guérison intervient le plus souvent entre douze et quinze mois alors qu'elle est attendue entre six à huit mois pour le cas d'une ligamentoplastie primaire. Même si elle observe une discordance dans l'évolution des résultats des tests fonctionnels pratiqués au Centre hospitalier G. \_\_\_\_\_ les 30 mai et 27 septembre 2017 (rapports des 26 juin et 27 septembre 2017 des Drs F. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_), la Dre Q. \_\_\_\_\_ admet que l'on doit prendre en compte la durée de guérison pour une « re-plastie en deux temps » et non pour une plastie primaire comme semblait l'avoir retenu le Dr K. \_\_\_\_\_ dans son rapport d'examen final du 1<sup>er</sup> novembre 2017.

Au status, les Drs L. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ ont relevé ce qui suit dans leurs rapports des 17 avril 2018 et 14 décembre 2018 :

[Dr L. \_\_\_\_\_, 17 avril 2018]

Genoux : Normoaxés. Mobilité en flexion-extension à 135-0-0 à droite contre 140-0-0 à gauche. Bonne stabilité tant dans le plan frontal que sagittal, même si à droite il y a un petit battement latéral. Rabot positif à droite. Zohlen positif à droite. Appui bipodal : douleurs en fin de flexion. Pas d'épanchement »

[Dr F. \_\_\_\_\_, 14 décembre 2018]

A l'examen clinique, on retrouve des amplitudes articulaires paradoxalement complètes à 130-0-5°. Le Lachman est négatif. Différentiel au KT-1000 à 1 mm (5 mm à droite pour 4 mm à gauche). Pivot Shift négatif. Pas de douleur à la palpation des différentes cicatrices à hauteur du genou droit, mais également côté gauche. Absence d'épanchement intra-articulaire. On est frappés par la corpulence du patient, qui reste toujours bien préservée.

A l'instar de la Dre Q. \_\_\_\_\_, on constate que les observations cliniques du Dr L. \_\_\_\_\_ (rapport du 17 avril 2018 relatif à la consultation du 10 avril 2018) sont les mêmes que celles faites par le Dr F. \_\_\_\_\_ (rapport du 14 décembre 2018 relatif à la consultation du 6 novembre 2018). Il n'y a pas d'évolution. C'est ainsi à juste titre que la Dre Q. \_\_\_\_\_ retient que l'état de santé du recourant devait être considéré comme stabilisé quinze mois après la dernière intervention chirurgicale.

Il n'y a pas lieu de suivre la position défendue par le Prof. N. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 13 mai 2019. Ce médecin fonde son appréciation sur le caractère « passablement altéré » du néo-ligament ressortant de l'IRM du 24 août 2018. Le Dr F. \_\_\_\_\_, quant à lui, ne retient de cette IRM, ainsi que de celle du 22 août 2017, que l'atteinte arthrosique. Il relève aussi une « bonne compétence de la plastie LCA » (réponses du 9 avril 2020, ch. 7). De plus, l'affirmation du Prof. N. \_\_\_\_\_ ne semble pas confirmée par l'IRM réalisée le 4 mai 2020 par le Dr P. \_\_\_\_\_ qui ne retient pas une telle altération au status ligamentaire.

La stabilisation du cas quinze mois après la reconstruction du LCA au Centre hospitalier G. \_\_\_\_\_ le 18 janvier 2017 doit être confirmée.

**f)** Dans ce contexte, il convient de mettre en évidence que la plupart des médecins consultés par le recourant ont mis en lumière une forte démonstrativité, de nombreuses autolimitations et la présence de facteurs non médicaux. Ces éléments sont tous susceptibles d'affecter la réadaptation orthopédique et la réinsertion professionnelle.

**aa)** Lors du premier séjour à la Clinique de réadaptation D. \_\_\_\_\_ (rapport du 21 avril 2015), les médecins ont mis en avant un patient très focalisé sur ses douleurs et ses limitations, une faible participation aux thérapies empêchant la mise en route d'un programme actif de renforcement, des facteurs contextuels (mauvaise compréhension du français, absence de qualification reconnue et de contrat de travail) qui influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles, ainsi qu'une autolimitation quant au niveau d'effort exigible et quant à la marche (objectivement possible sans canne). Au cours du second séjour à la Clinique de réadaptation D. \_\_\_\_\_ (rapport du 9 mars 2017), les médecins relèvent à nouveau des autolimitations et des facteurs contextuels (mauvaise maîtrise du français, situation familiale complexe, absence de qualification reconnue, mauvaise maîtrise du français) qui influencent négativement les aptitudes fonctionnelles et le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée.

**bb)** Ces constats correspondent aussi à ceux des Drs F. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_ qui font état d'une discordance entre les éléments mis en évidence par l'IRM du genou droit du 22 août 2017 et les symptômes décrits par leur patient, lequel était toujours très démonstratif lors des consultations (rapport du 27 septembre 2017). Le Dr L. \_\_\_\_\_ met aussi en évidence de nombreuses autolimitations, une kinésiophobie et signale une participation personnelle insuffisante du recourant (rapport du 17 avril 2018). Dans ses réponses au questionnaire de la Cour, le Dr F. \_\_\_\_\_ expose aussi que l'évolution mitigée est à intégrer dans un

contexte de kinésiophobie avec syndrome de majoration, de signes d'autolimitation, de syndrome de sensibilisation et de forte composante psychosomatique (réponses du 9 avril 2020, ch. 7). Il relève aussi, s'agissant de la gonarthrose tricompartmentale débutante, que l'importance des lésions ne concorde pas avec l'importance de la symptomatologie douloureuse rapportée par le patient (ibid.)

**cc)** Le Dr K. \_\_\_\_\_ a examiné le recourant le 27 septembre 2017. Il a conclu à une simulation. Dans son rapport du 1<sup>er</sup> novembre 2017, il fait état de discordances entre les plaintes relevées (aucune amélioration du point de vue de l'intéressé, douleurs plus importantes au niveau du genou gauche, sensation de coup de couteau au niveau du tendon quadricipital du genou gauche, gonalgies à droite au niveau antérieur et du compartiment externe, périmètre de marche réduit à 30 minutes, sommeil non réparateur) et un patient qui ne participe pas à l'examen clinique, qui possède une corpulence athlétique, des masses musculaires fortement développées, y compris aux cuisses et aux mollets, dont le status est calme et qui offre de la résistance lors des tests.

**dd)** De manière générale, les observations rapportées dans le dossier dressent un tableau clinique objectif peu cohérent avec l'importance des plaintes alléguées par le recourant, démontrant ainsi la prédominance du rôle joué par les phénomènes de démonstrativité et d'autolimitations, ainsi que par les facteurs non médicaux. A l'instar de la Dre Q. \_\_\_\_\_ (rapport du 5 août 2020, p. 20), on peine en effet à concevoir que les atteintes dont souffre le recourant l'empêcheraient d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**g)** Les renseignements médicaux sont complets et permettent à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Dans ces conditions, il n'apparaît pas utile d'ordonner une évaluation par le centre d'antalgie du Centre hospitalier G. \_\_\_\_\_, la production de rapports par les Drs L. \_\_\_\_\_ et O. \_\_\_\_\_, la soumission du dossier et de la prise de position de la Dre Q. \_\_\_\_\_ au Dr F. \_\_\_\_\_ et au Prof. N. \_\_\_\_\_, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire, si bien

que les requêtes formulées par le recourant en ce sens doivent être rejetées (appréciation anticipée des preuves ; ATF 141 I 60 consid. 3.3)

**h)** Au final, l'état de santé du recourant doit être considéré comme stabilisé à compter du 30 avril 2018, dès lors que la situation après la seconde plastie du ligament croisé antérieur était satisfaisante sur le plan clinique et qu'il ne pouvait plus être attendu d'amélioration de la situation sur le plan de la capacité de travail. Le recours doit ainsi être partiellement admis dans cette mesure et le droit aux prestations de l'assurance-accidents reconnu jusqu'au 30 avril 2018.

**6.** Pour le reste, c'est à bon droit que la CNA s'est prononcée sur le droit à la rente du recourant. A ce propos, il n'est pas contesté que ce dernier présente un certain nombre de limitations fonctionnelles (pas d'activités nécessitant le maintien d'une position accroupie ou à genoux ; pas d'activités impliquant des montées et des descentes répétées d'échelle ou d'escabeau ; pas de marche prolongée et répétée sur terrain accidenté ; pas de port répété de charges de plus de 15 kilos ; travail semi-sédentaire alternant les positions assise et debout) qui, si elles ne lui permettent plus d'exercer une activité de manœuvre dans le bâtiment, ne l'empêchent nullement d'exercer une activité adaptée (rapport de la Dre Q. \_\_\_\_\_ du 5 août 2020, p. 21). Celles retenues par le Dr F. \_\_\_\_\_ dans les réponses apportées au questionnaire de la Cour le 9 avril 2020 sont similaires en tant qu'elles ne concernent pas les atteintes dégénératives lombaires (ch. 11). Il n'est pas contesté que l'activité antérieure n'est plus exigible dans un contexte d'arthrose débutante et de status multiopéré au genou droit (réponses du Dr F. \_\_\_\_\_ du 9 avril 2020, ch. 11 ; rapport de la Dre Q. \_\_\_\_\_ du 5 août 2020, p. 23 ; rapport du Prof. N. \_\_\_\_\_ du 13 mai 2019).

**7.** Cela étant constaté, il convient d'examiner le degré d'invalidité du recourant.

**a)** Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide

(revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA).

**b)** La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C\_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (TF 8C\_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1).

**c)** Les limitations fonctionnelles énoncées ci-dessus (cf. consid. 6) ne présentent pas de spécificités telles qu'elles rendraient illusoire l'exercice d'une activité professionnelle. Le marché du travail offre en effet un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un certain nombre sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (ATF 110 V 273 consid. 4b ; TF 9C\_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2). Le recourant n'apporte du reste aucun élément permettant de s'écarter de ce constat.

**d)** S'agissant de la comparaison des revenus effectuée par l'intimée, il n'y a pas lieu de s'écarter - faute de critiques à son encontre - des données prises en considération par la CNA pour procéder à la comparaison des revenus, sous réserve du taux d'abattement sur le salaire statistique qu'il convient de porter à 10 % et de la date déterminante, soit le 30 avril 2018, à laquelle il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé du recourant (cf. consid. 3c/bb et 5e ci-dessus). Il est précisé, à propos du revenu sans invalidité de 59'143 fr., que le salaire déterminant selon la Convention nationale du secteur principal de la construction en

Suisse n'a pas évolué entre 2017 et 2018 (FF 2019, p. 1435). En ce qui concerne le revenu d'invalidé, le salaire de référence pour des hommes exerçant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), était, en 2016, de 5'340 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2016, tableau TA1\_skill-level, niveau de compétence 1), soit 5'388 fr. 15 après indexation (2017 : 0,4 %, 2018 : 0,5 % ; cf. OFS, Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 2010-2018). Compte tenu de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises en 2018 (41,7 heures ; cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique), ce montant doit être porté à 5'617 fr. 15, correspondant à un salaire annuel de 67'405 fr. 80 (12 × 5'617 fr. 15). Dans ses déterminations du 7 août 2020, l'intimée admet un abattement de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles résultant des réponses du Dr F.\_\_\_\_\_ du 9 avril 2020 (ch. 11) et de la Dre Q.\_\_\_\_\_ du 5 août 2020 (p. 21). Le revenu d'invalidé se monte ainsi à 60'665 fr. 20 (67'405 fr. 80 - 10 %). En l'absence d'un préjudice économique (59'143 fr. - 60'665 fr. 20), le recourant ne peut pas prétendre à l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

**8.** Le recourant reproche également à l'intimée de lui avoir refusé l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il ne chiffre toutefois pas sa prétention à la lumière de l'une des tables d'indemnisation de la Division médicale de la CNA.

**a)** Aux termes de 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. Selon l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), 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. A teneur 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). En vue d'une évaluation encore plus affinée de certaines atteintes, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation. 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)** Il y a lieu de constater que l'intimée, en n'allouant pas d'indemnité pour atteinte à l'intégrité, n'a pas violé le droit fédéral. Pour le Dr K.\_\_\_\_\_, le recourant ne présente pas de troubles dégénératifs significatifs susceptibles de justifier l'octroi d'une telle prestation (rapport Dr K.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> novembre 2017). En effet, aucune des imageries au dossier antérieures au prononcé de la décision sur opposition attaquée ne montre une telle atteinte. Dans son rapport du 9 avril 2020, le

Dr F.\_\_\_\_\_ expose que les IRM des 22 août 2017 et 24 août 2018 montrent une atteinte dégénérative arthrosique tricompartmentale débutante (ch. 7). Or, ce type d'atteinte ne permet pas d'appliquer la Table 5 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses) qui exclut les arthroses légères. On souligne que, plus loin dans son rapport, le Dr F.\_\_\_\_\_ n'a cependant pas exclu que le recourant puisse dans le futur présenter une atteinte arthrosique, particulièrement à hauteur du compartiment fémoro-tibial externe (ch. 15). Cela étant, il n'est pas exclu que l'apparition d'un trouble dégénératif de ce type puisse justifier à l'avenir une réévaluation de la situation (cf. art. 36 al. 4 in fine OLAA).

**bb)** Par surabondance, on constate également que la Table 2 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs) ne trouve pas application dans le cas d'espèce. Selon ce document, une indemnité est notamment envisagée pour une mobilité réduite de l'articulation du genou entre 10° et 60°, respectivement entre 0° et 90°. Or le recourant ne présente aucune séquelle de ce type (rapport Dr K.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> novembre 2017 ; rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ du 17 avril 2018 ; rapport du Prof. N.\_\_\_\_\_ du 13 mai 2019 ; réponses du Dr F.\_\_\_\_\_ du 9 avril 2020, ch. 14, et son rapport du 14 décembre 2018).

**c)** Aussi, c'est à juste titre que l'intimée a retenu que le recourant ne pouvait pas prétendre à une indemnité pour atteinte à l'intégrité pour les séquelles de l'accident. La décision de l'intimée doit par conséquent être confirmée en tant qu'elle concerne le refus d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

**9. a)** Au vu de ce qui précède, il convient en définitive d'admettre partiellement le recours, en ce sens que le recourant a droit aux prestations de l'assurance-accidents jusqu'au 30 avril 2018.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 83 LPGA).

**c)** Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer à 600 fr., débours et TVA compris (art. 61 let. g LPGA, art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimée.

**d)** Le recourant requiert en outre la prise en charge par l'intimée du rapport du Prof. N. \_\_\_\_\_ du 13 mai 2019.

**aa)** L'art. 45 al. 1 LPGA prévoit que les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Tel est notamment le cas lorsque l'état de fait médical ne peut être établi de manière concluante que sur la base de documents recueillis et produits par la personne assurée, si bien que l'on peut reprocher à l'assureur de n'avoir pas établi, en méconnaissance de la maxime inquisitoire applicable, les faits déterminants pour la solution du litige (TF 8C\_354/2015 du 13 octobre 2015 consid. 6.1 ; 9C\_136/2012 du 20 août 2012 consid. 5 ; ATF 115 V 62).

**bb)** En l'occurrence, le rapport du Prof. N. \_\_\_\_\_ n'a eu, comme le démontre la motivation du présent arrêt, aucune influence sur l'issue du présent litige. Sans lui, le résultat aurait été le même. En particulier, l'octroi des prestations de l'assurance-accidents jusqu'au 30 avril 2018 repose sur le rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 17 avril 2018, sur les réponses données le 9 avril 2020 par le Dr F. \_\_\_\_\_ au questionnaire de la Cour, ainsi que sur le rapport de la Dre Q. \_\_\_\_\_ du 5 août 2020. Le rapport du Prof. N. \_\_\_\_\_ n'était dès lors pas indispensable à

l'appréciation du cas au sens de l'art. 45 al. 1 LPGA, de sorte que les frais correspondants ne doivent pas être pris en charge par l'intimée.

**e)** Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Michel Duc à compter du 8 août 2019 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Me Duc a produit le 3 novembre 2020 le relevé détaillé des opérations effectuées pour le compte de son mandant. Il a fait état de 35 minutes déployées par un avocat et de 9 heures 20 déployées par un avocat-stagiaire pour l'intégralité de l'intervention. Vérifiée d'office, la liste des opérations peut être approuvée. En définitive, il convient ainsi d'octroyer à Me Duc un montant total de 1'236 fr. pour l'ensemble de ses activités dans la présente affaire.

Le montant de cette rémunération, non couvert par les dépens, soit 636 fr., est provisoirement supporté par le canton. Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser cette somme dès qu'il sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC, le Service juridique et législatif étant chargé de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RA) [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; BLV 211.02.3]).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est partiellement admis.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 27 juin 2019 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est réformée, en ce sens que A.\_\_\_\_\_ a droit aux prestations de l'assurance-accidents jusqu'au 30 avril 2018.

**III.** Le recours est rejeté pour le surplus.

**IV.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

**V.** La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à A. \_\_\_\_\_ une indemnité de dépens fixée à 600 fr. (six cents francs).

**VI.** L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc, conseil de A. \_\_\_\_\_, est arrêtée, après déduction des dépens précités, à 636 fr. (six cent trente-six francs), TVA et débours compris.

**VII.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Jean-Michel Duc (pour le recourant),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (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 :