

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 février 2023

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mmes Röthenbacher, juge, et Gabellon, assesseure
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

T._____, à [...], recourant, représenté par Syndicat Unia Vaud, à
Lausanne,

et

M._____, à Lucerne, intimée.

Art. 6 al. 1 et 18 al. 1 LAA ; 16 LPGA

E n f a i t :

A. T. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le 10 décembre 1956, a chuté dans les escaliers en avril 1999 occasionnant des douleurs au genou droit. Il travaillait alors à 100% pour l'entreprise W. _____ SA depuis le 1^{er} mai 1995 en tant que monteur-électricien. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) pour les accidents professionnels et non professionnels.

Le 15 mai 2000, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation. Alors qu'il était au volant du véhicule de l'entreprise pour laquelle il travaillait, il a été percuté par l'arrière et ses deux genoux ont tapé contre le tableau de bord sous le volant.

Une opération du genou droit de l'assuré, consistant en une ménissectomie, a dû être effectuée et la CNA a pris en charge le cas de l'assuré.

A la suite de l'accident survenu le 15 mai 2000, l'assuré a repris le travail à 100% à partir du 21 août 2000. Il restera employé auprès de W. _____ SA jusqu'au 31 décembre 2008.

Entre-temps, soit le 4 mai 2008, l'assuré a subi une rupture du tendon d'Achille gauche.

Par déclaration de sinistre du 11 juin 2008, l'assuré a annoncé une rechute des suites de l'accident du 15 mai 2000 et a indiqué être en incapacité de travail totale depuis le 31 mars 2008.

Un rapport d'IRM [imagerie par résonance magnétique] du genou droit de l'assuré établi le 18 juillet 2008 comportait la conclusion suivante :

« Status post-ménissectomie interne, sans signe de redéchirure. Tendinopathie non inflammatoire et sans déchirure (grade I-II) du

ligament croisé antérieur. Ostéo-arthropathie discrètement inflammatoire à caractère dégénératif du compartiment tibio-fémoral interne, les altérations tant ostéo-sous-chondrales que cartilagineuses prédominant sur le condyle (chondromalacie de grade III). Chondromalacies plus modérée (grade II-III) patellaire, principalement à mi-hauteur de la facette interne. Lame d'épanchement dans les limites encore physiologiques, sans synovite significative. »

Après un premier refus, la CNA a informé l'assuré, par courrier du 13 janvier 2009, qu'elle prenait en charge les suites de l'accident du 15 mai 2000 concernant les troubles au genou droit.

L'assuré a effectué une arthrographie-IRM de son genou droit le 4 juin 2013. Dans le rapport y relatif établi le même jour, on peut lire la conclusion suivante :

« Status post-large méniscectomie interne sans déchirure de la corne antérieure résiduelle. Ménisque externe sans particularité. Remodelé ostéo-arthrosique modérément érosif avec chondromalacie de grade IV du compartiment tibio-fémoral interne. Chondromalacie de grade III patellaire centrale et de la facette interne de la rotule à mi-hauteur, plus discrète (grade II) du plateau tibial externe. Fin kyste millimétrique de Baker. Discret œdème des tissus mous sans collection. »

Par déclaration de sinistre du 24 avril 2018 adressé à la CNA, la société A. _____ Sarl, employeur de l'assuré, a annoncé une rechute des suites de l'accident survenu le 15 mai 2000. Il était précisé que l'assuré travaillait depuis le 27 juin 2011 pour l'entreprise précitée et qu'il était en incapacité de travail totale depuis le 26 avril 2018.

Un rapport d'IRM du genou droit de l'assuré du 7 mai 2018 a fait état d'une gonarthrose interne terminale avec une dégénérescence méniscale terminale de la corne postérieure, d'une extrusion latérale du corps méniscal et d'une chondropathie de grade IV étendue fémoro-tibiale ainsi que d'une chondropathie fémoro-patellaire de grade III.

Par courrier du 19 juin 2018, la CNA a mentionné qu'elle prenait en charge les suites de l'accident professionnel du 15 mai 2000 et qu'elle versait en conséquence une indemnité journalière en faveur de

l'assuré « dès le début de l'incapacité de travail mais au plus tôt dès le 1^{er} mai 2013 (sic) ».

Le 9 novembre 2018, l'assuré a subi une intervention, réalisée par le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, consistant en la mise en place d'une prothèse totale du genou droit.

Une échographie du genou droit réalisée le 22 mars 2019 a mis en évidence une tendinopathie patellaire sans signe de déchirure ainsi qu'une infiltration tissulaire hétérogène de la face latérale du genou droit avec épaissements du réticulum patellaire externe et du muscle poplité.

Le 10 avril 2019, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI), invoquant un accident de la circulation puis la mise en place d'une prothèse totale du genou droit.

Aux termes d'un rapport du 9 septembre 2019, la Prof. S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, mandatée par la CNA pour un deuxième avis médical, a posé les diagnostics de status post-prothèse totale de genou droit non cimentée, sans resurfaçage rotulien (2018), de méniscectomie interne et chondroplastie condylienne interne (2000), de déchirure du tendon d'Achille gauche, suturée (2008) et de spondylodèse L3-L4 et cure de hernie discale L3-L4 à gauche (2012). Elle a préconisé de réaliser un SPECT-CT [Single Photon Emission Computed Tomography/Computed Tomography ; en français : tomographie par émission monophotonique/scanner] osseux quantitatif du genou droit pour exclure un descellement de la prothèse et la présence d'une infection ainsi qu'un bilan au niveau lombaire pour exclure la présence d'une compression radiculaire.

Selon un rapport du 28 octobre 2019 de la Prof. S._____, la ponction articulaire effectuée avait révélé une numération du liquide synovial qui orientait le diagnostic vers un état non inflammatoire et

l'absence de cristaux. L'ensemble des autres examens (IRM du rachis lombo-sacré, SPECT-CT) n'avaient pas permis de trouver de piste diagnostique ou anatomique à l'origine des douleurs de l'assuré. Elle a ainsi proposé de l'orienter vers un centre de la douleur.

Dans un rapport du 19 décembre 2019, le Dr D._____, spécialiste en anesthésiologie, a mentionné avoir effectué une infiltration le 28 novembre 2019 compte tenu des douleurs ressenties par l'assuré.

Par courrier du 17 février 2020, l'employeur a requis de la CNA que les indemnités journalières soient versées directement à l'assuré à partir du 1^{er} février 2020 et l'a informée du licenciement de l'intéressé pour le 30 avril 2020.

Dans une note du 28 février 2020, le Dr R._____, médecin d'arrondissement de la CNA et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a évalué l'atteinte à l'intégrité de l'assuré en ces termes :

« Conformément aux tables d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité, selon la LAA, publiées par les médecins de la Suva [CNA], table n° 5 pour atteinte à l'intégrité résultant d'arthrose, arthrose du genou, pan-gonarthrose, il s'agit d'une endoprothèse avec résultat moyen que l'on peut mettre en parallèle à une arthrolyse dans la mesure où il persiste une raideur handicapante. L'estimation est donc par analogie de 25 %. »

Aux termes d'un rapport d'examen final du 4 mars 2020, le Dr R._____ a apprécié la situation médicale de l'assuré de la manière suivante (sic) :

« À 18 mois de la PTG [prothèse totale du genou], la mobilité est fixée à 110°, les douleurs sont essentiellement de type mécanique, lors des surcharges, montées et descentes des escaliers. Notion de pseudo-lâchages avec appréhension lorsqu'il doit monter sur une échelle.

Du fait de la persistance des douleurs, un 2^{ème} avis orthopédique a été requis, un bilan exhaustif avec ponction articulaire et spect-CT a exclu une infection, un descellement, le liquide ponctionné était d'allure purement mécanique.

Fond douloureux chronique ne perturbant pas les nuits, ne nécessitant pas la prise d'antalgie.

À l'anamnèse, les douleurs sont exacerbées lors des surcharges mécaniques. Ces douleurs sont clairement antérieures. Se plaint également de douleurs diffuses antérolatérales et postérieures de la jambe et postérieures au niveau de la cuisse. L'extension du genou soulage cette symptomatologie, la mise en flexion a tendance à réveiller le phénomène.

Objectivement, le genou D [droit] montre un empâtement sans épanchement. Il n'y a pas de gradient thermique, ni de rougeur. La cicatrice antérieure est calme, la rotule est bien mobile, non douloureuse. Tendon rotulien discrètement douloureux, mais la sollicitation du quadriceps contre résistance n'exacerbe pas ces douleurs.

La force est 5 pour les quadriceps ischio-jambiers.

L'axe du genou D est en discret varus.

Pas d'hyperlaxité pathologique.

À 18 mois de cette arthroplastie totale du genou D, on peut considérer que l'état est stabilisé.

L'exigibilité en tant que monteur-électricien n'est plus donnée en raison des limitations fonctionnelles que sont l'agenouillement, l'accroupissement, la montée et descente régulière d'escaliers, le travail en terrain accidenté, le travail sur échafaudage et échelle, le port de charges régulier supérieures à 10 kg, le port de charges lourdes même de manière occasionnelle.

En tenant compte des limitations fonctionnelles, l'exigibilité est donnée à 100% sans limitation [...] de rendement. »

Par projet de décision du 9 mars 2020, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2019.

Dans un rapport du 9 mars 2020, le Dr C._____ a indiqué considérer que l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé, dès lors que l'évolution post-opératoire avait été compliquée d'un CRPS [complex regional pain syndrom ; en français : syndrome régional douloureux complexe] et d'une synovite du genou droit et que la physiothérapie à raison d'une fois par semaine améliorerait nettement l'état du patient.

Le 10 juin 2021, un extrait du compte individuel (CI) de l'assuré a été produit.

Par avis du 16 juin 2021, le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès du Service de médecine des assurances de la CNA, a confirmé qu'il n'y

avait aucun changement de la situation par rapport au bilan final du 4 mars 2020 du médecin d'arrondissement.

Par courrier du 13 juillet 2021 à l'assuré, la CNA l'a informé de la cessation du paiement des soins médicaux et des indemnités journalières en sa faveur au 31 juillet 2021, dans la mesure où il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de son état de santé et où les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité avaient été menées à terme. Le droit à d'autres prestations d'assurance restait en cours d'examen.

Le 21 juillet 2021, l'assuré a déclaré faire opposition au courrier du 13 juillet 2021, en particulier s'agissant de la prise en charge des soins médicaux.

Le 12 août 2021, la section de prestations de longue durée de la CNA a procédé au calcul du taux d'invalidité. Elle a retenu un gain sans invalidité de 71'250 fr. en se fondant sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2018, niveau de compétence 1, branche de la construction et après indexation, ainsi qu'un gain avec invalidité de 69'268 fr., en se basant également sur l'ESS 2018 et après indexation. En comparant les revenus sans et avec invalidité, il résultait une perte économique de 1'982 fr., correspondant à un degré d'invalidité de 3%.

Par décision du 12 août 2021, la CNA a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, compte tenu d'un taux d'invalidité de 3%, et lui a accordé une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 25%, correspondant à un montant de 26'700 francs.

Le 30 septembre 2021, l'assuré a fait opposition à la décision précitée, en soutenant qu'une activité adaptée n'était pas exigible compte tenu de son âge et de sa situation (état de santé, limitations fonctionnelles, expérience professionnelle, diminution de l'intégrité corporelle) et qu'il y avait en outre lieu d'appliquer un taux d'abattement sur le revenu avec invalidité au vu de ces éléments. L'assuré a ainsi

estimé avoir droit à une rente d'invalidité et à une IPAI supérieure à celle qui avait été arrêtée et a requis subsidiairement la poursuite du versement des indemnités journalières, s'il s'avérait que sa situation médicale n'était pas stabilisée après instruction médicale complémentaire.

Dans un rapport du 1^{er} novembre 2021, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a constaté que le genou de son patient était stable, avec une mobilité limitée et la présence d'une petite laxité interne, sans épanchement intra-articulaire. Les scintigraphies osseuses réalisées par le Centre hospitalier W._____. ([...]) et la Clinique G._____ ne révélaient pas de descellement prothétique. Dès lors que la symptomatologie du patient était gênante au quotidien dans toutes les activités, le Dr K._____ lui a proposé de procéder à un resurfaçage de la rotule, les douleurs étant principalement antérieures et, dans le même temps, à une excision de l'arthro-fibrose dans la partie antérieure du genou, probablement à l'origine d'une partie des douleurs. Il n'y avait en revanche pas d'argument pour proposer un changement de prothèse.

Par décision sur opposition du 12 janvier 2022, la CNA a confirmé sa décision du 12 août 2021.

B. Par acte du 14 février 2022, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à son annulation et à la reprise du versement des indemnités journalières au 1^{er} août 2021 jusqu'à ce que son état de santé soit stabilisé, subsidiairement, à la réforme de la décision du 12 janvier 2022, le droit à une rente basée sur un taux d'invalidité de 38.46% ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 40% lui étant reconnu, très subsidiairement, à l'annulation de la décision du 12 janvier 2022, la cause étant renvoyée à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants du jugement à intervenir. L'assuré fait en substance valoir que, contrairement à ce qu'a retenu l'intimée, son état de santé n'était pas stabilisé au 31 juillet 2021 ou du moins que celle-ci n'a pas procédé à

une instruction médicale complète après cette date. Le recourant critique également le revenu sans invalidité retenu par l'intimée pour la détermination du taux d'invalidité, ainsi que l'absence d'abattement sur le revenu avec invalidité. Enfin, il soutient que le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité retenu par l'intimée a été déterminé de manière inexacte.

Le 24 février 2022, le recourant a produit un rapport du Dr K._____, daté du 11 février 2022, dans lequel ce médecin a répondu à des questions concernant la situation de l'assuré après l'intervention du 18 janvier 2022 de resurfaçage de son genou droit et l'IPAI.

Par réponse du 2 mai 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle se réfère en particulier à l'avis du 24 mars 2022 de son médecin d'arrondissement, le Dr R._____, selon lequel l'état de santé du recourant était stabilisé au 31 juillet 2021. S'agissant du revenu sans invalidité, elle relève que celui-ci a été calculé sur la base du salaire que le recourant a perçu durant l'année qui a précédé l'accident. Pour ce qui est de l'abattement, elle renvoie à la décision sur opposition. Enfin, concernant l'IPAI, elle se fonde sur l'avis du 24 mars 2022 du Dr R._____, confirmant le pourcentage retenu dans la décision querellée.

Le recourant ne s'est pas déterminé plus avant.

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 porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, ainsi que sur l'étendue de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

b) Selon 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. 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 la personne assurée - 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_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2) - 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).

c) 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).

4. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

b) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. Dans un premier moyen, le recourant semble contester le fait que sa situation médicale soit stabilisée et qu'il présente une capacité résiduelle de travail.

a) L'intimée a fixé au 29 février 2020 la date à laquelle l'atteinte au genou droit dont souffre le recourant devait être considérée comme stabilisée. Pour arriver à cette conclusion, elle s'est fondée sur le rapport d'examen final de son médecin-conseil du 4 mars 2020, lequel devait précisément se prononcer sur l'état médical du genou droit du recourant 18 mois après la dernière intervention sur cette articulation. Le Dr R. _____ a établi une anamnèse détaillée de l'ensemble des rapports médicaux émis par les médecins traitants depuis l'annonce de la rechute en 2018. Il a pris note des explications et des plaintes de l'intéressé, puis a procédé lui-même à l'examen des membres inférieurs - dont la mesure des périmètres a montré une absence d'amyotrophie à droite -, soit les hanches, les genoux et les chevilles du recourant, avant de poser son diagnostic et d'émettre son appréciation, dans laquelle il a déterminé les limitations fonctionnelles. Celles-ci s'appuient non seulement sur les constatations objectives faites lors de l'examen médical, mais également sur les déclarations du recourant, s'agissant des difficultés qu'il rencontre concrètement dans son quotidien. Le rapport du médecin-conseil est ainsi fondé sur un dossier complet et les conclusions, claires et étayées, sont convaincantes, en ce sens qu'il a retenu que l'état, s'agissant de l'atteinte au genou droit, était stabilisé au 29 février 2020, à 18 mois de l'intervention (cf. rapport du 4 mars 2020). L'appréciation du Dr R. _____ a été confirmée par le Dr P. _____ (cf. avis du 16 juin 2021). En outre, dans un avis du 28 octobre 2019, soit antérieur à l'appréciation du Dr R. _____, la Prof. S. _____ avait mentionné ne pas avoir trouvé d'explication concernant l'origine des douleurs. En particulier, la scintigraphie osseuse réalisée le 14 septembre 2019 n'avait pas mis en évidence de descellement de la prothèse totale du genou à droite. Cela étant, le versement des indemnités journalières n'a pris fin qu'en date du 31 juillet 2021, élément communiqué le 13 juillet 2021 par l'intimée.

b) Dans son argumentation, le recourant fait valoir qu'il a consulté, le 29 septembre 2021, le Dr K. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui a indiqué qu'il allait procéder à un resurfaçage de la rotule du genou droit et à une excision de l'arthro-fibrose, intervention qui

a finalement eu lieu le 18 janvier 2022. Celle-ci a été prise en charge par la CNA au titre de rechute.

En l'occurrence, l'état de santé du recourant, s'agissant de son genou droit, a été considéré comme stabilisé à fin février 2020 compte tenu de l'avis du médecin d'arrondissement de l'intimée et des rapports des médecins traitants, qui n'avaient eux-mêmes pas pu donner d'explications aux douleurs persistantes du recourant alors qu'il n'y avait ni problème mécanique de la prothèse, ni infection. Par avis du 24 mars 2022, auquel il convient de se rallier, le médecin d'arrondissement a expliqué, de manière convaincante, qu'il existait un intervalle de l'ordre de 18 mois entre l'examen réalisé par lui-même le 4 mars 2020 et la première consultation auprès du Dr K. _____ en novembre 2021. Selon lui, les contraintes mécaniques étaient moins intenses pour entraîner une symptomatologie douloureuse et la douleur à l'examen clinique portait sur une souffrance patellaire, ce qui n'était pas le cas lors de son examen, la rotule étant tout à fait mobile, libre et non douloureuse, le genou sec. Lors de l'examen qu'il avait réalisé, l'indication à une intervention chirurgicale, telle que préconisée par le Dr K. _____ par la suite, n'était pas donnée, compte tenu de l'intégrité et de l'absence de douleurs au niveau rotulien, de l'absence également de « tracking » pathologique rotulien ou d'une course rotulienne entraînant un conflit pouvant expliquer la symptomatologie. Il y avait ainsi lieu de considérer, de manière vraisemblable, qu'il s'agissait d'une rechute de l'évènement du 15 mai 2000, soit une dégradation postérieure à la stabilisation qui a rendu nécessaire l'opération de la rotule le 18 janvier 2022. Le Dr R. _____ a également relevé que le Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, n'avait pas proposé une telle intervention. Le 21 décembre 2021, l'assuré a par ailleurs demandé à l'intimée ce qu'il en était au niveau de l'intervention prévue le 18 janvier 2022, car les douleurs étaient de plus en plus fortes. Les rapports médicaux du Dr K. _____ n'affirment pas que l'aggravation était ancienne.

c) Compte tenu des éléments qui précèdent, c'est à juste titre que l'intimée a considéré que la situation du recourant était médicalement

stabilisée au 29 février 2020 et qu'elle a cessé le versement des indemnités journalières au 31 juillet 2021. A noter que le fait qu'elle ait à nouveau versé des indemnités journalières à la suite de l'intervention du 18 janvier 2022 n'empêche pas de considérer que le cas était stabilisé au 29 février 2020.

6. Le recourant ne conteste pas en tant que telle la capacité de travail résiduelle retenue par l'intimée, sur la base de l'appréciation du Dr R._____ (cf. rapport du 4 mars 2020), soit 100% dans une activité adaptée. Il considère néanmoins que les rapports médicaux au dossier ne permettent pas de déterminer clairement s'il y a lieu d'attendre de l'intervention réalisée le 18 janvier 2022 des modifications des limitations fonctionnelles et de la capacité résiduelle de travail. En l'occurrence, il est établi que 18 mois après l'intervention de mise en place de la prothèse totale du genou droit du recourant du 9 novembre 2018, l'activité habituelle de monteur-électricien n'était plus exigible. En revanche, une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles restait exigible. Aucun avis au dossier ne vient contredire l'appréciation du Dr R._____ qui peut être suivie. Il y a ainsi lieu de reconnaître au recourant une capacité de travail résiduelle de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. La détermination de la capacité résiduelle de travail du recourant à la suite de l'intervention réalisée le 18 janvier 2022, soit postérieurement à la décision sur opposition litigieuse, n'entre ici pas en ligne de compte, dès lors que l'on est en présence d'une rechute faisant l'objet d'un nouveau cas d'assurance. Du reste, le Dr K._____ n'a pas été à même de se prononcer sur cette question dans son rapport du 11 février 2022.

On relèvera en outre que, selon une jurisprudence constante du Tribunal fédéral, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.2), et réciproquement (ATF 133 V 549 consid. 6). Par conséquent, le fait que l'Office de l'assurance-invalidité ait reconnu une capacité de travail du recourant nulle dans toute activité et le droit à une rente d'invalidité complète, en raison d'obstacles trop

importants à la mise en valeur de sa capacité de travail théorique totale dans une activité adaptée, n'oblige pas l'intimée à faire de même.

7. Le recourant critique le calcul effectué par l'intimée pour déterminer le taux d'invalidité, en particulier les montants retenus à titre de revenu sans et avec invalidité.

a) Selon l'art. 16 LPGA, 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 de travail équilibré.

La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus avec et sans invalidité, 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_1/2020 du 15 octobre 2020 consid. 3.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références ; TF 8C_837/2019 du 16 septembre 2020 consid. 5.2).

b) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que la personne assurée aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant si elle n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1).

Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectué si elle était restée en

bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, *in* Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

c) Aux termes de l'art. 18 al. 2 LAA, le Conseil fédéral règle l'évaluation du degré de l'invalidité dans des cas spéciaux ; il peut à cette occasion déroger à l'art. 16 LPGA. Il a fait usage de cette compétence à l'art. 28 OLAA (ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202).

L'art. 28 al. 4 OLAA prévoit une solution particulière pour l'évaluation de l'invalidité d'assurés âgés. Il vise deux situations : celle où l'assuré, en raison de son âge, ne reprend plus d'activité lucrative après

l'accident (variante I) et celle où l'atteinte à la capacité de gain a principalement pour origine l'âge avancé de l'assuré (variante II). L'assuré qui remplit l'un ou l'autre cas de figure ne percevra alors une rente d'invalidité que dans la mesure où une telle rente serait octroyée dans les mêmes conditions à un assuré d'âge moyen présentant les mêmes capacités professionnelles et les mêmes aptitudes professionnelles. Ce système repose sur la considération qu'une même atteinte à la santé peut entraîner chez une personne âgée des répercussions bien plus importantes sur la capacité de gain que chez une personne d'âge moyen pour diverses raisons (difficultés de reclassement ou de reconversion professionnels, diminution des capacités d'adaptation et d'apprentissage), alors que l'âge en tant que tel n'est pas une atteinte à la santé dont l'assureur-accidents doit répondre (ATF 122 V 418 consid. 3a ; TF 8C_655/2018 du 31 octobre 2019 et les références citées). Est ainsi déterminant pour établir les revenus hypothétiques avant et après invalidité, le salaire que pourrait obtenir cette personne d'âge moyen compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement exiger d'elle (U 21/03 du 25 août 2003 ; ATF 122 V 426 consid. 7 publié dans RAMA 1997 n° U 271 p. 151 ; ATF 114 V 315 consid. 4a). L'âge moyen est de 42 ans ou, du moins, se situe entre 40 et 45 ans ; on considère que l'âge est avancé lorsque l'assuré est âgé d'environ 60 ans au moment où il a droit à la rente (ATF 122 V 418 consid. 1b et 2 ; TF 8C_655/2018 du 31 octobre 2019 et les références citées).

Selon la jurisprudence, pour que le revenu d'invalidé soit fixé en fonction du gain que pourrait réaliser un assuré d'âge moyen présentant les mêmes séquelles accidentelles, il faut que l'âge avancé soit la cause essentielle de la diminution de la capacité de gain (ATF 122 V 418 consid. 3b ; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 245/96 consid. 3c). Tel est notamment le cas lorsque l'âge avancé n'est pas un facteur qui a une incidence sur l'exigibilité, mais qu'il est malgré tout un obstacle à la mise en valeur de la capacité résiduelle de gain, notamment parce qu'aucun employeur n'est disposé à engager un employé pour un laps de temps très court avant l'ouverture de son droit à une rente de l'AVS (TF 8C_554/2017

du 4 juillet 2018 consid. 3.3.1 ; 8C_307/2017 du 26 septembre 2017 consid. 4.2.2 ; 8C_346/2013 du 10 septembre 2013 consid. 4.2 ; 8C_806/2012 du 12 février 2013 consid. 5.2.2).

d) En l'occurrence, il y a tout d'abord lieu de constater que le moment déterminant pour comparer les revenus est l'année 2021, l'intimée ayant mis fin à la prise en charge des traitements médicaux et au versement des indemnités journalières au 31 juillet 2021 compte tenu de la stabilisation du cas. Le recourant était alors âgé de 64 ans et 7 mois au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente, ce qui correspond à un âge avancé au sens de la jurisprudence précitée (cf. consid. 6c *supra*). On relèvera à cet égard que malgré la rechute annoncée le 24 avril 2018, le recourant a continué à travailler et il sollicitait essentiellement la prise en charge de la prothèse totale du genou droit dont la mise en place était prévue en novembre 2018. L'intimée a pris en charge le cas et a versé des indemnités journalières dès le 7 novembre 2018 en faveur de l'assuré. A la suite de l'intervention du 8 novembre 2018, seule une activité adaptée était exigible, soit sans agenouillement, accroupissement, montée et descente régulière d'escaliers, travail en terrain accidenté, travail sur un échafaudage ou une échelle, port de charges régulier supérieures à 10 kg, port de charges lourdes de manière occasionnelle, l'activité habituelle d'installateur-électricien/chef de chantier à 100% n'étant plus possible. Son contrat de travail a d'ailleurs été résilié pour le 30 avril 2020.

On peut donc admettre que l'absence de reprise de travail depuis novembre 2018 a été motivée – principalement tout au moins – par l'âge avancé du recourant. En effet, le recourant n'ayant plus qu'une capacité de travail dans une activité adaptée, cela implique une réadaptation importante de celui-ci, ce qui est rendu extrêmement compliqué en raison de son âge. On relève que le recourant a exercé la profession de monteur-électricien depuis 1995, chez un premier employeur de 1995 à 2008, puis auprès d'un second employeur de 2011 à 2020. Or l'absence de diversité professionnelle est évidemment un frein pour la reprise d'une activité professionnelle, cet élément étant aggravé

par l'âge du recourant, comme le prévoit la jurisprudence précitée (cf. consid. 6c *supra*). Dans ces conditions, la CNA était légitimée à faire application de l'art. 28 al. 4 OLAA.

aa) S'agissant en particulier du revenu sans invalidité, l'intimée s'est référée aux données statistiques ressortant de l'ESS 2018, plus particulièrement à la table TA1, en prenant pour base le salaire mensuel auquel peuvent prétendre les hommes dans la branche 41-43 (« construction ») au niveau de compétence 1, soit 5'622 fr., ou 67'464 fr. par année. Ce montant a ensuite été adapté à l'horaire de travail moyen dans la branche (41.30 heures par semaine) et à l'indice des salaires nominaux (+ 0.9% en 2019 ; + 0.8% en 2020 ; + 0.5% en 2021), ce qui aboutissait à un revenu sans invalidité de 71'250 francs. Contrairement à ce qu'elle a mentionné, de manière erronée, dans sa réponse du 2 mai 2022, l'intimée n'a pas calculé le revenu sans invalidité sur la base du salaire que le recourant a perçu durant l'année qui a précédé l'accident mais bel et bien en se fondant sur l'ESS.

Le recourant soutient qu'il aurait fallu tenir compte du revenu qu'il aurait réalisé sans l'atteinte à la santé dans l'entreprise dans laquelle il travaillait. Il se réfère en particulier au montant de 89'700 fr. indiqué par l'employeur dans un formulaire AI du 28 juin 2019, qui correspondrait au revenu qu'il aurait perçu en 2019 pour 42.30 heures de travail hebdomadaires. Il conviendrait par conséquent de fixer son revenu annuel sans atteinte à la santé à 84'424 fr. pour 40 heures par semaine.

En l'occurrence, depuis l'intervention du 8 novembre 2018, le recourant n'a pas repris son activité. On constate du reste que les indications données par l'employeur (revenu de 89'700 fr. dès avril 2018) ne coïncident pas avec les montants ressortant du CI (89'534 fr. 75 en 2018 et 88'950 fr. en 2019). Cela étant, compte tenu de l'application de l'art. 28 al. 4 OLAA, il se justifie de s'écarter du salaire réalisé par le recourant et de recourir aux données statistiques qui permettent une évaluation du salaire conforme à l'article précité, soit celui d'un travailleur d'âge moyen, dès lors que ces données sont indépendantes de l'âge.

Le revenu sans invalidité de 71'250 fr. retenu par l'intimée peut ainsi être confirmé.

bb) Concernant le revenu avec invalidité, l'intimée s'est également fondée sur la table TA1 de l'ESS 2018, Total hommes, niveau de compétence 1. Elle est ainsi parvenue à un revenu d'invalidé annuel de 69'268 fr., après adaptation à la durée hebdomadaire de travail dans la branche (41.7 heures) et à l'évolution des salaires nominaux (+ 0.9% en 2019 ; + 0.8% en 2020 ; + 0.5% en 2021).

Le recourant ne remet pas en cause le montant retenu par l'intimé à titre de revenu avec invalidité. Il considère néanmoins qu'un taux d'abattement de 25% aurait dû être appliqué sur ce revenu pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles nombreuses et importantes mais également de son âge avancé, du fait qu'il a travaillé pendant 47 ans en tant qu'électricien et qu'il n'a donc jamais exercé une autre activité professionnelle, ainsi que de sa nationalité espagnole.

aaa) Il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative. Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé,

compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 126 V 75 consid. 5b/bb; TF 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 3.1).

bbb) L'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question typique relevant du pouvoir d'appréciation, qui est soumise à l'examen du juge uniquement si l'autorité administrative a exercé son pouvoir d'appréciation de manière contraire au droit, soit si elle a commis un excès positif ("Ermessensüberschreitung") ou négatif ("Ermessensunterschreitung") de son pouvoir d'appréciation ou a abusé ("Ermessensmissbrauch") de celui-ci (ATF 137 V 71 consid. 5.1; ATF 132 V 393 consid. 3.3), notamment en retenant des critères inappropriés, en ne tenant pas compte de circonstances pertinentes, en ne procédant pas à un examen complet des circonstances pertinentes ou en n'usant pas de critères objectifs (ATF 130 III 176 consid. 1.2).

ccc) En l'occurrence, un abattement pour tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant ne se justifie pas, dès lors que celui-ci est en mesure d'exercer une activité adaptée, sans agenouillement, ni accroupissement, en évitant des terrains accidentés, à 100% sans baisse de rendement. Parmi la palette d'activités simples et peu contraignantes existant sur un marché équilibré du travail (à ce sujet, voir TF 8C_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.2 et la référence), il existe suffisamment d'emplois légers dans divers secteurs de l'industrie, à la condition de respecter les limitations fonctionnelles retenues.

Pour ce qui est de l'âge, celui-ci ne constitue pas *per se* un facteur de réduction du salaire statistique. Autrement dit, il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant – que celui-ci soit celui de la naissance éventuelle du droit à la rente ou celui de la décision sur opposition, cette question ayant été laissée ouverte (TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.2.2.2 et la référence) – pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. Au contraire, la jurisprudence a souligné que l'âge n'avait en principe pas d'incidence sur le revenu en cas d'application du niveau de compétence 1 de l'ESS (TF 9C_284/2018 du 17 juillet 2018 consid. 2.2.3).

Il y a lieu de relever que le recourant ne met pas en évidence de circonstances particulières qui justifieraient, dans le cas d'espèce, d'opérer un abattement supplémentaire afin de tenir compte de l'âge. Le niveau de formation et d'expérience du recourant ne justifient pas non plus d'abattement particulier, dans la mesure où l'intimée s'est fondée, pour arrêter le revenu avec invalidité, sur un niveau de compétence 1 correspondant à des tâches physiques ou manuelles simples et ne nécessitant aucune formation, ni expérience professionnelle spécifique, l'influence des années de service sur ces catégories d'emploi étant peu importante (cf. TF 8C_46/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.4). Enfin, le critère de la nationalité n'est au demeurant pas déterminant dans le cas du recourant qui est établi en Suisse depuis plus de 50 ans et qui ne constitue ainsi pas un obstacle à la mise en valeur de sa capacité de gain dans une activité adaptée.

Dans ces circonstances, l'intimée n'a pas excédé ou abusé de son pouvoir d'appréciation en n'appliquant aucun abattement.

Le revenu avec invalidité tel que retenu par l'intimée peut ainsi être confirmé.

e) Compte tenu de ce qui précède, l'intimée était légitimée à nier le droit du recourant à une rente d'invalidité.

On relèvera, à toutes fins utiles, qu'un calcul du degré d'invalidité se fondant sur l'ESS 2020 ne change rien au résultat, dans la mesure où le degré d'invalidité reste inférieur à 10%. En effet, en se référant à la table TA1 et en prenant pour base le salaire mensuel auquel peuvent prétendre les hommes dans la branche 41-43 (« construction ») au niveau de compétence 1, le revenu sans invalidité se monte à 5'731 fr. par mois, soit 68'772 fr. par année. En adaptant ce montant à l'horaire de travail moyen dans la branche (41.30 heures par semaine) et à l'indice des salaires nominaux (+ 0.5% en 2021), on parvient à un revenu sans invalidité de 71'362 fr. 125. Quant au revenu avec invalidité, il y a lieu de se référer également à la table TA1, Total hommes, niveau de compétence

1, qui fait état d'un montant de 5'261 fr. par mois, soit 63'132 fr. par année. Après adaptation à la durée hebdomadaire de travail dans la branche (41.7 heures) et à l'évolution des salaires nominaux (+ 0.5% en 2021), le revenu avec invalidité équivaut à 66'144 fr. 18. En comparant le revenu sans invalidité (71'363 fr. 125) et le revenu avec invalidité (66'144 fr. 18), la perte économique se monte à 5'218 fr., correspondant à un degré d'invalidité de 7,31%.

8. Le recourant conteste encore le taux de l'IPAI fixé par l'intimée.

a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre à une rente, lorsque le traitement médical est terminé (art. 24 al. 2 LAA). Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2).

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez toutes les personnes 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 la personne concernée (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018

consid. 5.1). L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité incombe avant tout aux médecins, qui doivent d'une part constater objectivement les limitations, et d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C_566/2017 précité consid. 5.1 et la référence).

b) L'art. 25 al. 2 LAA prévoit que le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Selon l'art. 36 al. 2 OLAA, cette indemnité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'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 218 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1, première phrase, de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1, deuxième phrase, de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 3.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

c) En l'espèce, l'intimée s'est fondée sur l'évaluation du 28 février 2020 du Dr R._____, selon laquelle il y avait lieu de se référer aux tables d'indemnisation édictées par la Division médicale de la CNA, en particulier à la table n°5 qui fixe le taux d'atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses. Selon cette table, une arthrose du genou (pangonarthrose) avec résection ou arthrodèse donne droit à une IPAI de 25%. Le Dr R._____ a considéré que la situation du recourant, soit une endoprothèse avec résultat moyen, pouvait être mise en parallèle à une

arthrodèse, dans la mesure où il persistait une raideur handicapante. L'estimation par analogie était donc de 25%.

De son côté, le recourant soutient avoir droit à une IPAI de l'ordre de 30 à 40% applicable à une gonarthrose grave. Il prétend que le médecin d'arrondissement a fait une mauvaise application de la table 5 de la CNA en se référant aux colonnes 5 et 6 et qu'il aurait dû se fonder sur les colonnes 1 et 2, soit sur l'état du genou avant la pose de la prothèse en novembre 2018 dans la mesure où le laps de temps écoulé entre l'accident et la mise en place de la prothèse était important (plus de 18 ans).

S'il est vrai que la table 5 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA prévoit, en cas d'arthrose grave du genou (pangonarthrose), une indemnité de 30 à 40 %, étant précisé que la situation justifie le taux le plus élevé si l'articulation considérée présente une instabilité en plus de l'arthrose, cette précision doit cependant être lue en regard du barème des indemnités pour atteinte à l'intégrité figurant dans l'annexe 3 OLAA, laquelle prévoit une indemnité de 40 % en cas de perte d'une jambe au niveau du genou. Il en découle que ce dernier taux concerne une situation où l'usage de l'articulation du genou n'est plus possible, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Les colonnes 5 et 6 ne trouvent pas application en l'occurrence, dès lors que la prothèse a été implantée 18 ans après l'accident. D'ailleurs, le Dr R. _____ n'en a pas fait application dans son appréciation, contrairement à ce que soutient le recourant. Celui-ci s'est en effet référé à la colonne 4 appliquant par analogie le cas d'une arthrodèse à celui du recourant. Il n'y a, en l'occurrence, pas de motif de s'écarter de l'avis du Dr R. _____ fixant le taux de l'IPAI à 25% du gain assuré, le dossier ne contenant pas d'autres éléments médicaux permettant de mettre en doute l'appréciation précitée. Au contraire, à lire l'avis du Dr K. _____ (cf. rapport du 11 février 2022), on comprend que l'évaluation faite par le Dr R. _____ qui assimile l'arthroplastie du genou droit du recourant à une arthrodèse, est généreuse par rapport à ce qui aurait pu être retenu. En effet, le Dr K. _____ a mentionné que le patient avait présenté une limitation

fonctionnelle au niveau de son genou mais que celui-ci était à même de bouger avec une flexion jusqu'à 100° à 110° avec une extension complète, alors que, selon lui, une arthrodèse bloquait complètement le genou avec des conséquences dans la vie quotidienne et n'avait ainsi rien à voir avec une arthroplastie même avec une limitation fonctionnelle. Dans ces conditions, le taux de 25% retenu pour le calcul de l'IPAI peut être confirmé.

9. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition querellée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

c) Bien que l'intimée, obtienne gain de cause, elle ne peut prétendre à des dépens de la part du recourant. En effet, selon la jurisprudence, l'assureur social qui obtient gain de cause devant une juridiction de première instance n'a pas droit à des dépens, sous réserve du cas où la partie demanderesse a agi de manière téméraire ou témoigne de légèreté, ce qui n'est pas le cas en l'espèce (ATF 126 V 143 consid. 4 ; voir également TF 8C_760/2008 du 30 avril 2009 consid. 6).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 12 janvier 2022 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

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

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Syndicat Unia Vaud (pour le recourant),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :