



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00

www.fr.ch/tc

605 2017 190

Arrêt du 28 mars 2019

1^e Cour des assurances sociales

Composition

Président :

Marc Boivin

Juges :

Marc Sugnaux, Yann Hofmann

Greffier :

Alexandre Vial

Parties

A. _____, recourant, représenté par Me Séverine Monferini
Nuoffer, avocate

contre

SUVA, autorité intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat

Objet

Assurance-accidents; traitement médical et indemnités journalières,
rente d'invalidité (revenu d'invalidé et gain assuré), atteinte à
l'intégrité

Recours du 30 août 2017 contre la décision sur opposition du 27 juin
2017

considérant en fait

A.

A.a. A. _____, né en 1962, domicilié à B. _____, a travaillé en qualité d'aide-monteur en chauffage auprès de l'entreprise C. _____ SA, sise à D. _____ (avec siège principal à E. _____). A ce titre, il était assuré contre le risque accident auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: SUVA).

En date du 11 février 1992, un lourd établi s'est renversé sur le genou gauche de l'assuré. Une affection chirurgicale traumatique a alors été diagnostiquée. Cet accident professionnel bagatelle (sans incapacité de travail) a été pris en charge par la SUVA.

A.b. Le 28 septembre 1992, l'assuré a subi une arthroscopie exploratrice du genou gauche, une résection partielle du Hoffa et une méniscectomie partielle interne. Cette première rechute a été prise en charge par la SUVA.

A compter du 15 octobre 1992, l'assuré a été engagé comme soudeur qualifié dans l'entreprise F. _____ SA.

Le 8 juillet 1993, l'assuré a subi une nouvelle arthroscopie exploratrice du genou gauche avec résection des adhérences.

Une deuxième et une troisième rechutes ont été annoncées par son nouvel employeur les 6 juillet 1993 et 21 janvier 1994. Elles ont également été prises en charge par la SUVA.

A.c. En date du 5 octobre 2011, en faisant du sport, l'assuré a senti son genou claquer. Une quatrième rechute a ainsi été annoncée par son employeur le 24 octobre 2011. Elle a également été prise en charge par la SUVA (dossier SUVA pce n° 13).

Le 16 novembre 2011, l'assuré a subi une arthroscopie du genou gauche avec résection oblique partielle de la pointe de la corne postérieure du ménisque interne et débridement du Hoffa dans l'articulation fémororotulienne.

Depuis lors, l'assuré a présenté des incapacités de travail plus ou moins continues et bénéficié d'indemnités journalières entières ou partielles.

Le 17 août 2016, l'assuré a subi une arthroplastie totale (prothèse) du genou gauche. Une gonarthrose varisante et une gonarthrose fémoro patellaire stade III gauche ont alors été diagnostiquées. Il a séjourné à G. _____ du 16 au 25 août 2016 et à H. _____ du 26 août au 5 octobre 2016.

B. Par décision du 15 mai 2017 puis décision sur opposition du 27 juin 2017, la SUVA a pour les séquelles physiques de l'accident du 11 février 1992, octroyé à l'assuré une rente mensuelle d'invalidité de CHF 971.-, correspondant à un taux de 21% et calculée sur un gain annuel assuré de CHF 69'364.- (CHF 69'364.- x 80% / 12), avec effet dès le 1^{er} juin 2017; quant au taux, l'autorité a effectivement considéré que l'assuré était à même d'exercer à plein temps une activité légère dans différents secteurs de l'industrie à la condition de ne pas trop mettre à contribution son genou gauche, à l'exemple des activités d'ouvrier d'usine, de contrôleur de qualité, d'ouvrier à l'emballage; comparant dès lors son revenu avant (CHF 6'095.-) et après (CHF 4'843.-) invalidité, elle a retenu une perte de gain de 21%. Par ailleurs, la SUVA a alloué à l'assuré une indemnité

pour atteinte à l'intégrité de 10%, calculée sur un gain annuel de CHF 97'200.- (dossier SUVA pces n° 361 et 402).

C. En date du 30 août 2017, A._____, représenté par Me Séverine Monferini Nuoffer, avocate, interjette recours de droit administratif à l'encontre de la décision sur opposition du 27 juin 2017 auprès du Tribunal cantonal. Il conclut à l'admission du recours et, en substance, à la prise en charge de son traitement médical jusqu'au 30 septembre 2017, à l'octroi d'une indemnité journalière à 100% jusqu'au 30 septembre 2017, à l'octroi d'une rente d'invalidité LAA mensuelle de CHF 2'031.65 basée sur un taux d'invalidité de 35% à partir du 1^{er} octobre 2017, ainsi qu'à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 29'160.- correspondant à un taux d'atteinte à l'intégrité de 30% (sous déduction de l'indemnité d'ores et déjà reçue de CHF 9'720.- correspondant à un taux d'atteinte à l'intégrité de 10%). L'assuré fait valoir, premièrement, que son état de santé n'était pas stabilisé avant le 12 juin 2017 et qu'il devrait pouvoir bénéficier d'un délai d'indemnité journalière supplémentaire de 3 à 5 mois pour changer de profession, délai prévu par la jurisprudence. Deuxièmement, que les DPT retenues ne seraient pas compatibles avec ses limitations fonctionnelles. Troisièmement, que l'établissement du gain assuré devrait se baser sur le salaire effectivement réalisé une année avant l'ouverture du droit à la rente en 2016-2017 auprès de l'entreprise F._____ SA. Enfin, quatrièmement, qu'il devrait être mis au bénéfice d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30%, ainsi que l'atteste l'expert privé dont il a sollicité l'avis.

Dans ses observations du 13 décembre 2017, la SUVA conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée. Elle rétorque que l'état de santé de l'assuré était stabilisé au 31 mai 2017, que la jurisprudence inspirée de l'assurance-maladie invoquée par l'assuré ne serait pas applicable dans son cas, que les postes des DPT retenues sont adaptées à la situation clinique de l'assuré, que le gain assuré doit être fixé en se fondant sur le revenu indexé que l'assuré avait réalisé au moment de la survenance de l'accident en 1992 auprès de l'entreprise C._____ SA et que la quotité de 10% de l'indemnité pour l'atteinte à l'intégrité a été correctement évaluée par son médecin d'arrondissement.

D. Dans ses contre-observations du 9 janvier 2018, A._____, par le truchement de sa mandataire, renvoie pour l'essentiel à son écriture de recours.

E. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties.

Il sera fait état des arguments de ces dernières, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit

1.

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision sur opposition attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

2.

2.1. En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), si la présente 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 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA, 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 entraîne la mort.

2.2. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 21 al. 3 1^{ère} phr. LAA; art. 11 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [OLAA; RS 832.202]).

D'après la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 138 consid. 3a, 118 V 296 consid. 2c et les références citées). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références citées; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2).

3.

3.1. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, 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. Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il n'est en revanche pas nécessaire 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 ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (arrêt TF 8C_135/2014 du 24 février 2015 consid. 3 et les références citées; ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 4.3).

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 ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ibidem). La seule possibilité que l'accident soit en lien de causalité ne suffit pas pour fonder le droit aux prestations (RAMA 1997 p. 167 consid. 1a; ATF 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références citées). En particulier, le principe « *après l'accident, donc à cause de l'accident* » (« *post hoc, ergo propter hoc* ») ne saurait être considéré comme un moyen de preuve

et ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurance-accidents (ATF 119 V 341 consid. 2b/bb).

3.2. 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 et 402 consid. 2.2; 125 V 456 consid. 5a et les références citées).

L'examen du rapport de causalité adéquate est superflu lorsque, sur la base de l'appréciation médicale, le lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et les troubles signalés n'a pas été prouvé à tout le moins selon le critère de la vraisemblance prépondérante (arrêt TF U 297/01 du 8 août 2002 consid. 3.3; ATF 119 V 335 consid. 4c).

3.3. Comme rappelé ci-avant, la responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré.

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (arrêt TF U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3).

Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prend fin lorsque le retour à un *statu quo ante* ou à un *statu quo sine* est établi, c'est-à-dire lorsque l'état de santé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par la suite d'un développement ordinaire. De telles lésions sont assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie (cf. arrêts TF 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2; 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2; 8C_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2).

4.

Dans le catalogue des prestations de l'assurance-accidents figurent notamment le droit au traitement médical (art. 10 et 54 LAA), le droit à l'indemnité journalière (art. 16 LAA), le droit à une rente d'invalidité (art. 18 et 19 LAA) et le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA).

4.1. Conformément à l'art. 10 al. 1 et à l'art. 54 LAA, l'assuré a en effet droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir notamment au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a). Ce droit s'étant à toutes les mesures qui visent une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. La preuve que la mesure envisagée permettra d'atteindre cet objectif doit être établie avec une vraisemblance suffisante; elle est rapportée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé

ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration (arrêt TF 8C_584/2009 du 2 juillet 2010 et les références citées).

4.2. Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident.

4.3. A teneur 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.

4.3.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

A teneur de l'art. 7 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.

4.3.2. L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à 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 équilibré.

Pour la comparaison des revenus, l'on ne saurait se fonder simplement sur le travail que l'assuré a effectivement fourni après l'accident et sur le gain qu'il a ainsi réalisé. Le critère décisif est de savoir quel est le gain que l'assuré est capable de réaliser en dépit des séquelles accidentelles et en faisant les efforts exigibles (RAMA 1993 n°U 168 p. 97 consid. 3b).

Il convient en effet d'évaluer le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. Si l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué, notamment sur la base de données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique OFS.

Il est également possible de recourir à une enquête menée par la SUVA auprès de diverses entreprises suisses et qui permet de réunir des données salariales pour de nombreux postes de travail faisant l'objet d'une description détaillée (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). La détermination du revenu d'invalide sur la base de ces fiches – appelées DPT (pour description des postes de travail) – suppose en sus de la production d'au moins cinq d'entre elles, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans le cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition. Si la SUVA n'est pas en mesure de satisfaire à ces exigences de procédure, on ne peut pas se référer aux DPT. Lorsque le revenu d'invalide est déterminé sur la base des DPT, une réduction de salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié, ni admissible.

Lorsque l'assuré n'exerce plus d'activité lucrative, une stricte comparaison des revenus est impossible. Dans ce cas, le degré d'invalidité doit être déterminé à partir de données médicales et selon la méthode générale de comparaison des revenus, par simple mise en parallèle

approximative et sommaire de deux revenus hypothétiques. Selon la pratique en vigueur, l'appréciation par le médecin de la question de savoir jusqu'à quel point la capacité de rendement de l'assuré est limitée par suite de l'accident revêt ici une grande importance, notamment pour ce qui est du rendement au travail encore exigible (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310). L'appréciation de la question de l'exigibilité donnée par le médecin permet de déterminer les activités qui entrent en considération pour l'assuré malgré les limitations dues à l'accident.

4.3.3. Aux termes de l'art. 15 al. 2 LAA, les rentes sont calculées d'après le gain assuré. Selon l'art. 15 al. 2 2^{ème} phr. LAA, est déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident (cf. également le message du Conseil fédéral à l'appui du projet de loi fédérale sur l'assurance-accidents du 18 août 1976, FF 1976 III 192). L'art. 22 al. 2 OLAA précise que le salaire déterminant au sens de la législation sur l'AVS est réputé gain assuré. Les bases de calcul sont réglées à l'art. 22 al. 4 OLAA, lequel prévoit que les rentes sont calculées sur la base du salaire que l'assuré a reçu d'un ou plusieurs employeurs durant l'année qui a précédé l'accident, y compris les éléments de salaire non encore perçus et auxquels il a droit (1^{ère} phr.).

L'art. 15 al. 3 LAA dispose toutefois que le Conseil fédéral édicte des prescriptions sur le gain assuré pris en considération dans des cas spéciaux, notamment: a. lorsque l'assuré a droit pendant une longue période aux indemnités journalières; b. en cas de maladie professionnelle; c. lorsque l'assuré ne gagne pas, ou pas encore, le salaire usuel dans sa profession; d. lorsque l'assuré est occupé de manière irrégulière. Sur cette base, le Conseil fédéral a précisé, à l'art. 24 al. 2 OLAA, que lorsque le droit à la rente naît plus de cinq ans après l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle, le salaire déterminant est celui que l'assuré aurait reçu, pendant l'année qui précède l'ouverture du droit à la rente, s'il n'avait pas été victime de l'accident ou de la maladie professionnelle, à condition toutefois que ce salaire soit plus élevé que celui qu'il touchait juste avant la survenance de l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle.

4.4. En vertu de l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré a en outre droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité si, par suite de l'accident, il souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique. L'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 (art. 36 al. 1 OLAA).

4.4.1. Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel – anatomique ou fonctionnel –, mental ou psychique (cf. MAURER, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, 1985, p. 414). La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales (arrêt TF 8C_459/2008 du 4 février 2009; cf. également FREI, *Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung*, 1998, p. 41). L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *L'assurance-accidents obligatoire in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR]*, 2^{ème} éd., 2007, no 235; arrêt TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009).

4.4.2. D'après l'art. 25 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 (al. 1). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

Usant de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité, notamment à l'art. 36 OLAA.

Selon l'art. 36 al. 2 OLAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3.

4.4.3. L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb, 113 V 218 consid. 2a) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. 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 ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2).

4.4.4. En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage. L'indemnité totale ne peut dépasser le montant maximum du gain annuel assuré. Il est tenu compte, dans le taux d'indemnisation, des indemnités déjà reçues en vertu de la loi (art. 36 al. 3 OLAA; ATF 116 V 156 consid. 3b).

4.5. L'art. 19 LAA délimite, d'un point de vue temporel, le droit au traitement médical et à l'indemnité journalière, d'une part, et le droit à la rente d'invalidité et à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, d'autre part, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (arrêts TF U 305/03 du 31 août 2004 consid. 4.1 et ATF 134 V 109 consid. 4.3).

4.5.1. Selon l'art. 19 al. 1 1^{ère} phr. LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme.

Ce qu'il faut entendre par "*sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré*" n'est pas décrit par le texte de la disposition légale. Eu égard au fait que l'assurance-accidents sociale vise, selon sa conception même, les personnes exerçant une activité lucrative (art. 1a et 4 LAA), cette notion est définie notamment par la mesure de l'amélioration attendue de la capacité de travail ou celle de sa reprise, pour autant qu'elle ait été influencée par un accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et les références citées).

Si une activité de substitution est exigible, un laps de temps suffisant compris entre trois et cinq mois doit alors être imparti à l'assuré pour lui permettre de retrouver un emploi adapté à son état de santé. Le droit au maintien de l'indemnité journalière pendant la recherche d'un emploi n'est admis que dans l'hypothèse où l'activité habituelle n'est médicalement plus exigible et qu'un changement de profession s'impose sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage (arrêts TF 8C_876/2013 du 15 octobre 2014 consid. 4 et 8C_251/2012 du 27 août 2012 consid. 2; SJ 2000 II p. 440 consid. 2b; ATF 114 V 281 consid. 5b).

4.5.2. Selon l'art. 19 al. 1 2^{ème} phr. LAA, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que

l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (arrêt TF 8C_1023/2008 du 1^{er} décembre 2009 consid. 5.2 et les références citées).

5.

5.1. En ce qui concerne la preuve, le tribunal des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le tribunal doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (arrêt TF 9C_189/2015 du 11 septembre 2015 consid. 5.1 et les références citées).

5.2. 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. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes, mêmes faibles, quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (arrêt TF 8C_622/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et la référence citée).

5.3. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 de l'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 dûment 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 (arrêts TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4, 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1 et les références citées).

5.4. Enfin, lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite sur le plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

6.

Le recourant estime, premièrement, qu'il aurait dû pouvoir profiter d'une prise en charge de son traitement médical et d'une indemnité journalière jusqu'au 30 septembre 2017.

Dans la décision sur opposition querellée, l'autorité intimée a mis fin à la prise en charge du traitement médical et au droit à l'indemnité journalière au 31 mai 2017, et a ainsi fait débiter le droit à la rente d'invalidité au 1^{er} juin 2017.

6.1. La question de savoir quand l'état de santé de l'assuré s'est stabilisé doit être tranchée (cf. art. 19 LAA et *supra* consid. 4.5).

Pour mémoire, l'on rappellera que l'assuré a subi un premier accident au niveau du genou gauche en 1992, à la suite de quoi plusieurs rechutes ont été annoncées, toutes prises en charge, jusqu'à la pose d'une prothèse totale du genou gauche en 2016.

Il s'agit dès lors de se référer aux pièces du dossier médical traitant de cette question et notamment les suivantes.

6.1.1. *jusqu'à la pose de la prothèse totale :*

- Le rapport médical du 27 août 2013 du Dr I._____, médecin spécialiste en médecine physique et réhabilitation et en rhumatologie ainsi que médecin d'arrondissement de la SUVA, qui a estimé que « *dès que l'infiltration intra-articulaire proposée ci-dessus aura été effectuée, l'assuré sera capable de retravailler à 75% de suite, puis rapidement à 100%. [...] Appréciation sur le plan asséculo-logique: la situation de santé de l'assuré notamment en ce qui concerne le genou G n'est pas totalement stabilisée raison pour laquelle le bilan du jour est intermédiaire* » (dossier SUVA pce n° 109 s.).

- Le rapport médical du 13 mars 2014 du Dr J._____, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, de K._____, qui a exposé ce qui suit: « *Je ne retiens pas d'indication pour une ostéotomie tibiale de valgisation. Je pense que la seule solution chirurgicale pour ce patient est la réalisation d'une arthroplastie totale du genou* » (dossier SUVA pce n° 137).

- Le rapport médical intermédiaire du 23 octobre 2014 du Dr I._____, qui a également conseillé « *la mise en place d'une prothèse totale du genou G pour résoudre le syndrome algo-fonctionnel résiduel de ce patient et lui permettre de retrouver une qualité de vie meilleure et également pouvoir retravailler à un pourcentage plus élevé* » (dossier SUVA pce n° 157).

- Le rapport médical du 13 août 2015 du Dr L._____, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement auprès de la SUVA, qui a considéré que la situation était stable, sans que l'on puisse toutefois exclure une aggravation à long terme du processus arthrosique. Il a noté qu'une activité à un taux supérieur à 50% paraissait difficilement exigible compte tenu de l'atteinte actuelle et future prévisible du genou, mais qu'une pleine capacité pourrait d'ores et déjà être mise en valeur dans toute activité n'exigeant pas des positions contraignantes pour le genou (accroupi ou à genoux), des déplacements prolongés et la montée et la descente répétitives d'escaliers (dossier SUVA pce n° 179).

- Le rapport médical du 27 avril 2016 du Dr M._____, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, de K._____, qui a noté une évolution et une progression dégénérative du genou de manière importante. Il a précisé: « *Je pense que l'état de ce genou, malgré un suivi et un traitement conservateur de plus de deux ans est actuellement totalement dépassé. Le patient marche avec une boiterie permanente malgré un traitement analgésique anti-inflammatoire quotidien. L'activité professionnelle a pu être préservée à 50% jusqu'à ce jour grâce au traitement conservateur à la physiothérapie et aux analgésiques. Je pense que malgré le jeune âge du patient nous sommes au bout d'une prise en charge*

conservatrice et l'indication à une prise en charge chirurgicale sous forme d'une arthroplastie totale de son genou G est posée » (dossier SUVA pce n° 234).

- Le protocole opératoire du 17 août 2016 du Dr M. _____, qui a procédé à une arthroplastie totale du genou gauche (dossier SUVA pce n° 290).

6.1.2. *après la pose de la prothèse totale :*

- Le rapport de séjour du 20 octobre 2016 du Dr N. _____, médecin spécialiste en rhumatologie, de H. _____, qui a exposé que la situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles et que la poursuite d'un traitement de physiothérapie devrait améliorer la situation du patient (dossier SUVA pce n° 296).

- Les rapports médicaux des 13 janvier et 7 mars 2017 du Dr M. _____, qui a exposé que *« l'évolution à 5 mois post opératoire du genou gauche est lentement. Il existe encore un épanchement du genou avec une augmentation vers la fin de la journée après périodes de marche »*. A son sens, une faiblesse et amyotrophie musculaire avec douleurs dans la région antéro interne du genou persistait encore. Le médecin a ainsi préconisé le maintien, pour le membre inférieur gauche, du traitement de physiothérapie de tonification musculaire au niveau du membre inférieur gauche ciblé sur le vaste interne et quadriceps et, pour le dos, du traitement de physiothérapie d'école du dos, hygiène posturale, tonification et musculature abdominale. Il a également prescrit un traitement analgésique et anti-inflammatoire (dossier SUVA pce n° 399).

- Le rapport médical du 28 mars 2017 de la Dresse O. _____, médecin spécialiste en neurochirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, qui, sur la base des documents médicaux figurant au dossier, de son propre examen et après avoir entendu l'assuré, a estimé que la situation était stabilisée. A son sens, *« une amyotrophie de la cuisse G est encore à entraîner par physiothérapie »* et il reste une *« série de physiothérapie à finir pour apprendre des auto-exercices »* (dossier SUVA pce n° 334).

- Le rapport médical du 28 avril 2017 du Dr M. _____, qui a prescrit la poursuite de la physiothérapie (dossier SUVA pce n° 356).

- Le rapport médical du 19 mai 2017 du Dr M. _____, qui a exposé ce qui suit: *« La situation du genou gauche au 30 mars 2017 n'est pas encore stabilisée et je souhaite que le patient bénéficie encore d'une meilleure tonification musculaire afin d'améliorer au mieux l'endurance et la capacité de son appareil extenseur et afin d'améliorer son rendement faible lors de la marche »*. Il a toutefois précisé qu'*« au terme de ce délai (31 mai 2017) nous pourrions considérer que l'état de son genou doit être stabilisé sans pour autant être certain d'atteindre les objectifs précités, mais après une période d'adaptation de deux-trois semaines à 50% dès le 22 mai, soit une reprise à 100% le 12 juin dans un travail adapté (genou gauche) »* (dossier SUVA pce n° 399).

6.2. Contrairement à ce qu'a retenu l'autorité intimée dans la décision sur opposition litigieuse, la Dresse O. _____ n'a, dans son rapport médical du 28 mars 2017, pas constaté que l'état de santé de l'assuré était stabilisé, sous la seule réserve d'une série de physiothérapie pour apprendre des auto-exercices. Elle a au contraire expressément noté qu'une amyotrophie de la cuisse gauche était encore à entraîner par physiothérapie. Elle rejoint en cela le Dr M. _____, qui a considéré que son patient devait encore bénéficier d'une meilleure tonification musculaire afin d'améliorer au mieux l'endurance et la capacité de son appareil extenseur et afin d'améliorer son rendement faible lors de la marche. Or, force est d'admettre que cette amélioration potentielle n'est pas insignifiante, loin s'en faut (cf. à cet égard ATF 134 V 109 consid. 4.3 et arrêt TF

8C_786/2016 du 4 avril 2017 consid. 2.2; en ce qui concerne la physiothérapie arrêt TF 8C_338/2009 du 14 janvier 2010 consid. 5.1). Le fait que le Dr M. _____ en fasse totalement dépendre la capacité de travail de son patient démontre bien que l'amélioration potentielle est sensible au sens de l'art. 19 al. 1 1^{ère} phr. LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.3 et arrêt TF 8C_377/2013 du 2 octobre 2013 consid. 7.2). Ainsi, alors que l'appréciation de la Dresse O. _____ apparaît sinon proprement contradictoire du moins laconique et dépourvue de toute motivation, celle du Dr M. _____ est explicitée, claire et cohérente. Il sied dès lors d'accorder préséance à cette dernière.

Aussi faut-il retenir que l'état de santé du recourant n'a été stabilisé qu'au 12 juin 2017 seulement.

Par ailleurs, l'autorité intimée ne peut être suivie lorsqu'elle expose que la jurisprudence de l'arrêt TF 8C_251/2012 du 27 août 2012 consid. 2 invoquée par le recourant ne concerne pas le cas de figure de la détermination du taux d'incapacité de travail résiduelle au sens de l'art. 6 al. 2 LPGA servant de base au calcul de l'indemnité journalière. Le Tribunal fédéral a en effet clairement dit que pendant la recherche d'un emploi le droit à l'indemnité journalière devait être maintenu (cf. arrêt TF 8C_876/2013 du 15 octobre 2014 consid. 4), lorsque, comme en l'espèce, l'activité habituelle n'est médicalement plus exigible et qu'un changement de profession s'impose sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage.

Ce délai convenable supplémentaire est accordé à l'assuré afin de lui permettre de retrouver un emploi adapté à son état de santé (cf. SJ 2000 II p. 440 consid. 2b). Il importe donc peu que les activités de substitution exigibles constituent des activités relativement simples et répétitives ne nécessitant pas de formation spécifique, comme l'avance l'autorité intimée.

Enfin, le fait que l'activité de soudeur qualifié exercée en dernier lieu par le recourant constitue déjà un métier réadapté n'est pas déterminant, dans la mesure où cette activité n'est plus à ce jour plus exigible de l'assuré.

Par conséquent, le recourant a droit à la prise en charge de ses traitements et à une indemnité journalière jusqu'au 30 septembre 2017, le droit à la rente prenant naissance à compter du 1^{er} octobre 2017. Il n'y a à cet égard pas lieu de s'écarter du délai, somme toute raisonnable, de trois mois et demi requis par le recourant.

6.3. Partant, le recours doit être admis sur ce premier point.

7.

Le recourant conteste, deuxièmement, l'établissement du taux d'invalidité, plus particulièrement l'établissement du salaire d'invalidé au travers des DPT. Il soutient que les fiches DPT retenues par l'autorité intimée ne correspondent pas aux limitations fonctionnelles de l'assuré et qu'elles doivent en conséquence être écartées. Il estime que son revenu d'invalidé devrait s'élever à CHF 4'010.65, montant correspondant à la moyenne des revenus calculés sur la base de cinq fiches d'activités qui seraient à son sens effectivement exigibles de sa part.

Par contre, il ne remet pas en cause l'appréciation médicale concluant à une capacité de travail résiduelle entière sans diminution de rendement dans une activité de substitution adaptée. Il ne conteste pas non plus le salaire de valide retenu, ni les calculs proprement dits effectués par l'autorité intimée.

Dans la décision sur opposition entreprise, l'autorité intimée avait considéré que l'assuré était à même d'exercer à plein temps une activité de substitution adaptée et ainsi comparé son revenu

avant (CHF 6'095.-) et après (CHF 4'843.-) invalidité. Elle avait abouti à un taux d'invalidité de 21%.

7.1. Dans son rapport médical du 28 mars 2017, la Dresse O._____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a retenu les limitations fonctionnelles suivantes: « *travail principalement debout, marche prolongée, port de lourdes charges, marche sur les terrains accidentés, position à genoux ou accroupie* » (dossier SUVA pce n° 334). Les médecins traitant de l'assuré, les Drs M._____ et P._____, ont pour leur part, dans leurs rapports médicaux respectifs des 19 mai et 5 juin 2017, noté les limitations fonctionnelles suivantes : « *travaux de longue durée debout, à genoux, accroupis, monter et descendre sur des échelles et échafaudages, des travaux en position monomodale et porter de lourdes charges* » et « *port de charges > 15-20 kg, l'accroupissement, la station statique prolongée > 1h et des flexions-extensions / torsions du dos* » (dossier SUVA pces n° 393 et 399).

L'autorité intimée a, de façon aléatoire (cf. dossier SUVA pce n° 360), considéré les cinq DPT suivantes:

- DPT n° 534992 *Hilfsarbeiter – Nachbearbeitung Spritzgussteile* – Ostermundigen;
- DPT n° 9609 Employé de conditionnement – *Verpackung/Qualitätssicherung* – Grenchen;
- DPT n° 9803 Employé au contrôle de qualité – Employé(e) d'assurance qualité – Roche VD;
- DPT n° 9539504 Monteur – *Arbeiter an Montagetisch rund* – Derendingen;
- DPT n° 804 *Hilfsarbeiter – Rollenkäfig nieten* – Bellach.

Ces fiches ont été produites par l'autorité intimée et les exigences formelles posées par la jurisprudence apparaissent remplies en l'occurrence (dossier SUVA pce n° 360; cf. *supra* consid. 4.3.2).

Matériellement, l'on constate tout d'abord que chacune de ces DPT permet au travailleur de choisir la position assise ou debout, ainsi que d'intégrer des pauses. De plus, aucun de ces postes ne nécessite la marche sur les terrains accidentés ou encore des positions à genoux ou accroupies.

En outre, le fait de devoir monter des escaliers, qui est rarement nécessaire pour les trois premiers DPT et n'est jamais requis pour les deux derniers, n'est actuellement – ensuite de l'implantation de la prothèse totale – pas contre-indiqué pour l'assuré.

Par ailleurs, aucun de ces postes ne requiert de marche sur de longues distances, de marche prolongée. Si des marches de moins de 50 mètres sont nécessaires, ce n'est que rarement pour le 3^{ème}, le 4^{ème} et le 5^{ème} des postes, et parfois pour le 1^{er} et le 2^{ème} des postes. Des marches de plus de 50 mètres ne sont par ailleurs que rarement exigées pour le 2^{ème} et 3^{ème} des postes. Toutefois, de tels déplacements ne sont pas contre-indiqués pour l'assuré et peuvent, pour tous ces postes, être aménagés en alternance avec des positions assises et par l'introduction de pauses.

Enfin, le port de lourdes charges, soit des charges supérieures à 25 kg, n'est exigé par aucun des postes retenus. Le 2^{ème} et le 4^{ème} des postes demandent certes que le travailleur puisse porter des charges moyennes, alors que le Dr P._____ a estimé que le port de charges supérieures à 15-20 kg n'était pas exigible de son patient. Ceci ne saurait cependant suffire pour conclure à l'inexigibilité du poste. Tout d'abord, le Dr P._____ ne s'est pas exprimé de manière absolue, en excluant toujours le port de charges moyennes. Ainsi, le fait de devoir porter rarement – comme l'exige ces deux DPT – de telles charges n'apparaît pas nécessairement incompatible avec l'état de santé de l'assuré, ce d'autant plus que les charges dites moyennes peuvent être plus légères

que la limite fixée par ce médecin. Ensuite, l'appréciation du Dr P. _____ a été formulée laconiquement, sans motivation, alors qu'elle contredit apparemment l'opinion clairement exprimée du médecin d'arrondissement de la SUVA et du Dr M. _____. Aussi convient-il de donner préséance à l'appréciation claire et concordantes des Drs O. _____ et M. _____.

Force est dès lors de conclure que les cinq DPT retenues par l'autorité intimée sont compatibles avec les limitations fonctionnelles présentées par le recourant.

Le revenu d'invalidé de CHF 4'843.- retenu sur la base de ces cinq DPT et, dès lors, le taux d'invalidité de 21% doivent ainsi être confirmés.

7.2. Le recours doit donc être rejeté sur ce deuxième point.

8.

Le recourant s'en prend, troisièmement, à l'établissement du gain assuré. Il fait en substance valoir que la SUVA devait, en application de l'art. 24 al. 2 OLAA, pour calculer le gain assuré, se baser sur le salaire effectivement réalisé une année avant l'ouverture du droit à la rente en 2016-2017 auprès de l'entreprise F. _____ SA, auquel il conviendrait d'ajouter des allocations familiales pour quatre enfants à charge.

Dans la décision sur opposition contestée, l'autorité intimée avait octroyé à l'assuré une rente mensuelle de CHF 971.- calculé sur un gain annuel assuré de CHF 69'364.- ($\text{CHF } 69'364.- \times 80\% / 12$). Pour fixer le gain assuré, elle s'était fondée sur le revenu que l'assuré avait réalisé au moment de la survenance de l'accident en 1992 auprès de l'entreprise C. _____ SA, en y ajoutant l'allocation familiale pour un seul enfant à charge, puis en l'indexant aux salaires nominaux à 2016 (cf. dossier SUVA pce n° 341).

8.1. L'art. 24 al. 2 OLAA a pour but d'atténuer la rigueur de la règle du dernier salaire reçu avant l'accident lorsque cette règle pourrait conduire à des résultats inéquitables ou insatisfaisants (voir FRÉSARD, L'assurance-accidents obligatoire, *in*: *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, p. 25 n° 53). Ainsi notamment, lorsque – tel qu'en l'espèce – le droit à la rente naît plus de cinq ans après l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle, le salaire déterminant est celui que l'assuré aurait reçu, pendant l'année qui précède l'ouverture du droit à la rente, s'il n'avait pas été victime de l'accident ou de la maladie professionnelle, à condition toutefois que ce salaire soit plus élevé que celui qu'il touchait juste avant la survenance de l'accident ou de l'apparition de la maladie professionnelle (art. 24 al. 2 OLAA). La règle de l'art. 24 al. 2 OLAA – dont la Cour de céans a confirmé la conformité à la constitution et à la loi (consid. 3 non publié de l'arrêt ATF 127 V 456) – a pour seul objectif, l'adaptation du gain assuré à l'évolution générale des salaires, à l'exclusion toutefois d'autres changements intervenus dans les conditions de revenu après l'accident ou qui auraient pu intervenir si celui-ci n'avait pas eu lieu. Il s'agit avant tout de ne pas désavantager les assurés dont le droit à la rente naît plusieurs années après l'événement accidentel par rapport à ceux qui se voient octroyer la rente plus tôt quand une forte augmentation des salaires s'est produite dans l'intervalle (arrêts TF U 308/04 du 16 janvier 2006 consid. 3.1 et U 212/02 du 19 avril 2004 consid. 3.3). Les possibilités théoriques de développement professionnel et d'avancement entrent seulement considération, si certaines conditions sont réalisées, lorsqu'il s'agit de comparer les revenus avec et sans invalidité mais pas pour la fixation du gain assuré (arrêt TF U 212/02 du 19 avril 2004 consid. 3.3). Ces règles doivent être interprétées à l'aune du principe de l'équivalence entre primes et prestations, selon lequel le calcul des rentes doit relever du même revenu que celui sur la base duquel les primes sont

prélevées (cf. art. 115 OLAA; ATF 118 V 301 consid. 2b; MAURER, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, 1985, p. 326 ch. 5; arrêt TF U 308/04 du 16 janvier 2006 consid. 3.2).

Le recourant soutient que l'autorité intimée aurait dû prendre comme point de départ, non pas l'accident de 1992, mais la rechute du 5 octobre 2011, parce que le droit à la rente d'invalidité est uniquement né après la rechute de 2011; à l'appui de son argumentation, elle invoque l'arrêt TF U 27/04 du 15 mars 2005 consid. 7). Ce raisonnement ne résiste pas à l'examen. Dans le cas d'espèce en effet, l'événement survenu en 2011 – l'assuré a senti son genou claquer en faisant du sport – ne saurait être considéré comme un nouvel accident ayant de son propre fait généré ou aggravé de manière significative l'incapacité de travail du recourant. Le médecin d'arrondissement de la SUVA avait d'ailleurs, dans son rapport du 29 décembre 2011, noté qu'il s'agissait de lésions assimilées (dossier SUVA pce n° 9). Ainsi le droit à la rente d'invalidité octroyé au recourant ne saurait être justifié par la rechute de 2011 seule en particulier, mais résulte tout au contraire d'une lente dégradation de la situation clinique de son genou gauche qui a débuté avec l'accident de 1992 et qui a conduit à la pose, probablement inéluctable, d'une prothèse totale du genou en 2016. C'est donc bien l'événement survenu le 11 février 1992 qui détermine *in casu*.

Or, il est en l'occurrence patent et incontesté que le recourant a débuté son activité auprès de l'entreprise F. _____ SA après l'accident du 11 février 1992. De même, quatre de ses cinq enfants sont nés après cette date. C'est dès lors à bon droit que l'autorité intimée a fixé le gain assuré en se fondant sur le revenu que l'assuré avait réalisé au moment de la survenance de l'accident en 1992 auprès de l'entreprise C. _____ SA, en y ajoutant l'allocation familiale pour un seul enfant à charge, puis en l'indexant aux salaires nominaux à 2016.

La Cour de céans fait siens les calculs opérés par l'autorité intimée fixant le gain annuel assuré à CHF 69'364.- (dossier SUVA pce n° 341) et la rente mensuelle d'invalidité à CHF 971.- (dossier SUVA pce n° 361). Ils n'ont d'ailleurs, en eux-mêmes, pas été contestés par le recourant.

8.2. Le recours doit donc également être rejeté sur ce troisième point.

9.

Le recourant s'en prend, quatrièmement, au taux d'atteinte à l'intégrité retenu. Il ne conteste par contre pas le gain annuel maximum assuré pris en considération par l'autorité intimée.

Dans la décision sur opposition litigieuse, l'autorité intimée avait alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%, calculée sur un gain annuel de CHF 97'200.-.

9.1. Dans la mesure où cette problématique doit être traitée sous l'angle médical, il s'agit de se référer une nouvelle fois au dossier composé des pièces topiques suivantes:

- Le rapport médical du 13 août 2015 du Dr L. _____, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement auprès de la SUVA, qui a conclu à l'existence d'une gonarthrose tricompartimentale du genou gauche de gravité légère à moyenne. Le médecin a évalué l'atteinte à l'intégrité à 10%, estimation qu'il a fondée sur la table 5 des barèmes d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA. Il a réservé une actualisation de ce taux en fonction de l'évolution future, en particulier si l'aggravation conduisait à une prothèse totale (dossier SUVA pces n° 179 s.).

- Le protocole opératoire du 17 août 2016 du Dr M. _____, qui a fait état d'une gonarthrose varisante associée à une gonarthrose fémoro-patellaire de stade III gauche. Il a noté que le genou présentait un flexum de 6° et un varus de 7° (dossier SUVA pce n° 290).

- Le rapport médical du 30 mars 2017 de la Dresse O. _____, qui, en référence à l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité effectuée le 13 août 2015 par le Dr L. _____, a exposé qu'il n'y avait « pas de signes pour une aggravation relevante avec une bonne mobilité constatée par son orthopédiste Dr M. _____ du 07.03.2017 » (dossier SUVA pce n° 334).

- Le rapport médical du 5 juin 2017 du Dr P. _____, qui a noté que « Compte tenu du résultat de la prothèse qui a permis une amélioration de 50% des douleurs préopératoires mais limitant encore la flexion et provoquant encore des douleurs sous médication significative, on peut estimer le résultat à moyen. Soit entre un résultat bon à mauvais. Contrairement à ce qu'affirme le rapport de la SUVA, on ne peut pas estimer que le résultat est bon car des douleurs nécessitant une médication quotidienne, une boiterie et une flexion limitée de 100° persiste. L'atteinte à l'intégrité est donc selon la table 2011 entre bon et mauvais soit 30% » (dossier SUVA pce n° 399).

- Le rapport médical du 24 août 2017 du Dr P. _____, qui a déclaré maintenir « une atteinte à l'intégrité de 30% car il s'agit d'une gonarthrose moyenne (colonne 2) très handicapante qui a nécessité la mise en place d'une prothèse. [...] En effet les clichés préopératoires [...] révèlent clairement une gonarthrose modérée bi-compartmentale tant fémoro-patellaire stade II avancée mais aussi fémoro-tibiale interne naissante donc avec déformation angulaire du genou à 7° de varus Il ne s'agit nullement d'une arthrose légère puisque le genou est déformé de 7° en carus et l'articulation fémoro-patellaire est complètement usée de stade II. Par ailleurs, le genou présente un Flexum de 6° et donc ne peut s'étendre complètement (blocage à 6° de flexion). Ce même rapport d'IRM du genou gauche du 04.02.2014 est mentionné dans le rapport du Dr L. _____ de la SUVA en page 2 avec qualification que l'arthrose fémoro-patellaire est sévère. [...] En page 1 de ce même rapport [...] un médecin d'arrondissement (MA) le 27.08.2013 avait même estimé l'arthrose comme avancée avec atteinte dégénérative marquée ! On a constaté aussi une aggravation de l'arthrose entre 2014 et 2016. En effet, les rapports de K. _____ [...] évoquent une arthrose fémoro-patellaire stade II alors que lors de la mise de la prothèse du genou par le Dr M. _____, l'opérateur qui est le médecin le mieux placé évoque une arthrose fémoro-patellaire de stade III (il n'y a plus de cartilage), selon le protocole opératoire du 17.08.2016 [...], diagnostic également mentionné par H. _____ [...]. Donc clairement il y a eu progression de l'arthrose avec aggravation » (dossier SUVA pce n° 409).

9.2. Certes, s'agissant de l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité lors de l'implantation d'endoprothèses, le Tribunal fédéral a à réitérées reprises retenu qu'il fallait se baser sur l'état médical non corrigé, soit la situation clinique existant avant l'implantation d'une prothèse (arrêts TF U 40/01 du 4 septembre 2001; U 313/02 du 4 septembre 2003; U 56/05 du 18 juillet 2005).

Or, dans son dernier rapport médical daté du 24 août 2017 motivé à satisfaction, le Dr P. _____ s'est expressément rapporté à des rapports médicaux antérieurs à l'implantation de la prothèse, essentiellement sur le protocole opératoire du Dr M. _____. L'argument soutenu par l'autorité intimée dans la décision sur opposition querellée, qui consiste à dire que l'appréciation du Dr P. _____ est sans pertinence parce qu'elle ne tient compte que de l'état postérieur à l'implantation, tombe ainsi manifestement à faux en ce qui concerne ce dernier rapport. Dans ses observations du 13 décembre 2017, l'autorité intimée ne s'est pas déterminée sur ledit rapport et s'est bornée à renvoyer à sa décision sur opposition ainsi qu'à l'avis de son médecin d'arrondissement.

Par voie de conséquence, en présence d'avis aussi opposés et en l'absence d'autres avis médicaux traitant spécifiquement de la question de l'atteinte à l'intégrité, il convient de renvoyer le dossier à l'autorité intimée, afin qu'elle procède à une instruction complémentaire – ou à tout le

moins soumettre le rapport médical du 24 août 2017 du Dr P. _____ pour détermination à son médecin d'arrondissement– puis rendre une nouvelle décision fixant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Un tel complément d'instruction tombe précisément dans les exceptions aménagées par le Tribunal fédéral permettant un renvoi (cf. *supra* consid. 5.4).

9.3. Partant, sur ce tout dernier point, le recours doit être admis au sens des considérants, la décision sur opposition querellée partiellement annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.

10.

10.1. En application du principe de la gratuité de la procédure valant en la matière (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice.

10.2. Ayant obtenu partiellement gain de cause (cf. ATF 132 V 215 consid. 6.2 pour le renvoi à l'autorité intimée pour instruction complémentaire), le recourant a droit à des dépens (réduits). Conformément aux art. 137 ss du code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) et du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12), sur le vu de la liste de frais produite le 9 janvier 2018 par Me Monferini Nuoffer, il se justifie de fixer l'indemnité à CHF 5'610.85 (à savoir, ainsi que requis, 20 heures 29 minutes à CHF 250.- soit CHF 5'121.10, plus CHF 75 de débours, plus CHF 414.75 au titre de la TVA à 8% pour la période antérieure au 1^{er} janvier 2018 et 7.7% pour la période postérieure au 1^{er} janvier 2018). Ces montants doivent être réduits de moitié au regard du sort du litige. L'indemnité finale de CHF 2'805.45, TVA comprise, est intégralement à la charge de l'autorité intimée et sera directement versée au mandataire du recourant.

Il n'est pas alloué de dépens à la SUVA, chargée de tâches de droit public (cf. arrêts TF 8C_552/2009 du 8 avril 2010 consid. 6; 9C_312/2008 du 24 novembre 2008 consid. 8 et la référence citée).

(dispositif en page suivante)

la Cour arrête :

- I. Le recours est partiellement admis au sens des considérants.
Partant, la décision sur opposition du 27 juin 2017 est modifiée en ce sens que le droit à la rente de 21% prend naissance à compter du 1^{er} octobre 2017, des indemnités journalières étant allouées jusqu'à la veille de cette date.
- II. A côté de cela, la cause est renvoyée à la SUVA pour nouvelle détermination du taux d'atteinte à l'intégrité et nouvelle décision sur ce tout dernier point.
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice.
- IV. Il est alloué à A._____, pour ses frais de défense, une indemnité de partie de CHF 2'805.45, TVA comprise. Elle est intégralement à la charge de la SUVA et sera directement versée à Me Séverine Monferini Nuoffer.
- V. Il n'est pas alloué de dépens à la SUVA.
- VI. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Fribourg, le 28 mars 2019/yho

Le Président :

Le Greffier :