

GE_GERICHTE ATAS/1014/2018 vom 5. November 2018

GE Cour de justice, 2018-11-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1014_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/1014/2018 du 5 novembre 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/1014/2018 del 5 novembre 2018

Erwägungen

E. 35

La SUVA (ci-après : l'intimée) a répondu le 14 novembre 2017 et a conclu au rejet du recours. En premier lieu, elle s'était prononcée, dans la décision sur opposition querellée, sur l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident assuré et les troubles psychiques, lien de causalité qu'elle avait nié. Le recourant ne critiquait toutefois pas cet aspect de la décision attaquée. Il ne discutait pas non plus la qualification de l'accident. Partant, la décision sur opposition devait être confirmée sur ce point. Quant à l'appréciation du Dr I_____, elle disposait d'une pleine valeur probante et n'était pas en contradiction avec les conclusions des médecins traitants ou encore celles des médecins de la CRR. Par ailleurs, l'état de santé du recourant était stabilisé, aucune solution médicale n'étant envisagée par les médecins. S'agissant des DPT, elles étaient en adéquation avec les limitations fonctionnelles retenues et n'exigeaient pas de formation particulière, ni un âge ou des connaissances linguistiques spécifiques. Au demeurant, les activités correspondant aux DPT retenues avaient été décrites dans la décision du 28 juillet 2017. Cela étant, quand bien même il devait y avoir une violation du droit d'être entendu, celle-ci avait été réparée, la chambre de céans disposant d'un plein pouvoir d'examen. Enfin, force était de constater que, faute de lien de causalité adéquate, il n'y avait pas lieu de prendre en considération les troubles psychiques lors de la détermination de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Cette dernière prenait au demeurant en considération les troubles au genou, étant précisé que le recourant ne pouvait substituer sa propre appréciation de la situation médicale, à celle du médecin d'arrondissement, spécialiste en chirurgie orthopédique.

E. 36

Par réplique du 8 décembre 2017, le recourant a élevé plusieurs critiques à l'encontre de la réponse de l'intimée. Il a en particulier relevé que la SUVA n'expliquait pas pour quels motifs les constatations du Dr I_____ (flexion 70°) s'éloignaient de celles des autres médecins et notamment de la Dresse F_____ (mobilité articulaire à 0°/10°/45°). L'intimée n'expliquait pas non plus pour quelles

A/3801/2017 - 10/28 - raisons son médecin d'arrondissement n'avait pas retenu le diagnostic d'algodystrophie chronique du genou gauche. S'agissant des limitations fonctionnelles, les médecins de la CRR et le Dr I_____ lui-même avaient mentionné la nécessité d'alterner régulièrement les positions assis-debout. Par ailleurs, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la décision initiale devait comporter tous les détails relatifs aux DPT retenues. Or, tel n'avait pas été le cas de sorte qu'il convenait de déterminer le revenu avec invalidité au moyen des ESS. Enfin, la Dresse F_____ avait retenu une mobilité limitée à 45°, ce qui justifiait déjà un taux supérieur à 15% s'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

E. 37

Le 29 décembre 2017, l'intimée a produit sa duplique. Elle a tout d'abord relevé que les constatations cliniques du Dr I_____ rejoignaient celles des médecins de la CRR de sorte qu'il n'y avait pas lieu de douter de leur fiabilité. Quant au diagnostic d'algodystrophie, il avait été posé sans que la Dresse F_____ ne se soit référée aux critères de Budapest. En tout état, il fallait une courte période de latence entre l'apparition de cette atteinte et l'événement accidentel ou l'opération nécessitée par celui-ci, ce qui n'avait pas été le cas. Par ailleurs, les critiques relatives aux limitations fonctionnelles n'étaient pas pertinentes, dès lors que le Dr I_____ prévoyait une activité en position assise, permettant des déplacements. La SUVA renvoyait à sa réponse en ce qui concernait les DPT. Enfin, la SUVA peinait à comprendre le raisonnement du recourant s'agissant du taux de l'atteinte à l'intégrité.

E. 38

Le 7 février 2018, le recourant a adressé à la chambre de céans la copie d'un courrier que la Dresse F_____ a adressé à la SUVA le 20 septembre 2017, dont il ressort qu'elle contestait l'invalidité de 14%. Cela ne correspondait pas à la situation du recourant, lequel présentait une invalidité majeure en raison de son genou gauche, qui était douloureux en permanence avec une mobilité réduite (flexum de 15° et flexion maximale de 65°). Le recourant ne pouvait rester assis sur une chaise en étant confortable. Ainsi, un travail administratif ou en position assise lui était quasiment impossible.

E. 39

Par courrier du 6 mars 2018, l'intimée a transmis à la chambre de céans l'appréciation du 2 mars 2018 de son médecin d'arrondissement relative au courrier de la Dresse F_____ du 20 septembre 2017, dont il ressort que cette dernière s'était trompée, le taux de 14% concernant l'atteinte à l'intégrité et non l'invalidité.

E. 40

Le 9 mars 2018, le recourant a encore transmis un courrier de la Dresse F_____, adressé le 6 mars 2018 à l'OAI, dont il ressort qu'il était incapable de rester assis plusieurs heures en raison de fortes douleurs à son genou et ce malgré un traitement puissant.

E. 41

Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT

A/3801/2017 - 11/28 - 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la

modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016. 4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 5. Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité et, singulièrement, sur la valeur probante du rapport du médecin d'arrondissement et la validité des DPT retenues. Le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est également litigieux. 6. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). En cas d'atteinte à la santé due à un accident, l'assureur-accidents prend en charge les prestations suivantes : le traitement médical (art. 10ss LAA), les indemnités journalières (art. 16ss LAA), la rente d'invalidité (art. 18 ss LAA) et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24s LAA). Selon l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le

A/3801/2017 - 12/28 - droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). Selon l'art. 19 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. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). Enfin, aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). En résumé, l'assureur-accidents accorde, en cas d'incapacité de travail, des indemnités journalières pendant la durée du traitement médical. En cas d'incapacité de travail permanente ou de longue durée, 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, la rente d'invalidité prend le relais et remplace les indemnités journalières et le traitement médical (KIESER, ATSG-Kommentar, 2015, n° 46 ad Art. 6 LPGA ; voir également art. 10, 16 et 19 LAA). A noter qu'en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 in fine LPGA). b. L'assuré invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'accident a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Selon l'art. 8 al. 1 LPGA auquel l'art. 18 al. 1 LAA renvoie, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Par incapacité de gain, il faut entendre, aux termes de l'art. 7 al. 1 LPGA 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.

7. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on

A/3801/2017 - 13/28 - peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. b/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur 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 251 consid. 3b/ee). Le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d ; ATF 123 V 175 consid. 3d ; ATF 125 V 351 consid. 3b ee ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_588 /2015 du 17 décembre 2015 consid. 2). b/bb. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de

A/3801/2017 - 14/28 - procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). b/cc. Même en tenant compte de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme sur le principe de l'égalité des armes, tiré du droit à un procès équitable garanti par l'art. 6 § 1 CEDH, il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6). 8. a. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994 p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3 ; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). b. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui, au degré de vraisemblance prépondérante, correspond à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2 ; U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3). c. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit

A/3801/2017 - 15/28 - procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal fédéral prévoyant que la Cour ordonne une

expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013). 9. a. En l'espèce, le recourant conclut, principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un montant plus important. Subsidiairement, il conclut à la constatation que son état de santé n'est pas stabilisé et, cela fait, à la prise en charge des traitements nécessaires et au versement des indemnités journalières. A titre liminaire, il y a lieu de rappeler que le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité s'examine lorsque l'état de santé est stabilisé. Tant que cela n'est pas le cas, seuls le versement des indemnités journalières et la prise en charge du traitement médical peuvent entrer en ligne de considération. Dès lors que le recourant ne conclut que subsidiairement à la constatation que son cas n'était pas stabilisé et, partant, au versement des indemnités journalières, sans pour autant étayer sa position, la chambre de céans considère qu'il ne remet pas sérieusement en question la position de la SUVA sur ce point, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'examiner, plus avant, cette question. b. Le recourant conteste tout d'abord la valeur probante du rapport du Dr I_____, relevant principalement le caractère incomplet de l'anamnèse et du résumé de ses plaintes (absence de référence aux troubles psychiques, aux douleurs et à la raideur). En outre, les conclusions de ce médecin seraient en contradiction flagrante avec celles de ses médecins traitants et il se contredirait dans les limitations fonctionnelles retenues. A titre liminaire, il y a lieu de relever que le recourant n'a pas de droit formel à ce qu'une expertise soit réalisée par un médecin externe à la SUVA. Une telle expertise ne peut être ordonnée que s'il existe des doutes quant à la fiabilité et à la pertinence des conclusions du Dr I_____. Or, force est de constater que les reproches du recourant sont dénués de fondement. En effet, les constatations objectives du Dr I_____ sont résumées dans son appréciation du 10 janvier 2017 et elles ne diffèrent que très peu de celles des

A/3801/2017 - 16/28 - médecins de la CRR ou de la Dresse F_____. En effet, s'agissant de la mobilité articulaire, les médecins de la CRR ont retenu un flexum de 15° et une flexion limitée à 60-70°. La Dresse F_____ a évoqué, dans son courrier du 6 mars 2018, un flexum de 15° et une flexion de 65° et le Dr I_____ a mentionné un flexum de 10° et une flexion limitée à 70°. En réalité, les constatations cliniques du médecin d'arrondissement diffèrent de 5° seulement par rapport à celles de la Dresse F_____, ce qui est insuffisant pour les remettre en question. On doit également considérer que le Dr I_____ avait une connaissance suffisante du dossier pour pouvoir établir son appréciation. Certes, il n'a pas cité tous les rapports au dossier. Il a cependant évoqué les principaux, parmi lesquels figurent les plus récents et les plus circonstanciés. Son anamnèse doit ainsi être considérée comme étant complète. Le Dr I_____ a également résumé les plaintes du recourant. Concrètement, les douleurs ont été évoquées dans le résumé des plaintes et la raideur a été mentionnée dans les diagnostics. Au demeurant, le recourant ne précise pas quelles plaintes n'auraient pas été prises en considération par le médecin d'arrondissement. Enfin, ce dernier ne se contredit pas s'agissant de l'activité adaptée et des limitations fonctionnelles, dès lors qu'il a toujours évoqué une activité permettant les changements de position. Contrairement à ce que prétend le recourant, le Dr I_____ n'a pas limité l'activité adaptée à une activité réalisée uniquement en position assise. En effet, s'il a effectivement considéré que l'activité adaptée devait être pratiquée essentiellement en position assise, il a également précisé qu'elle devait permettre quelques déplacements. Cela revient, en d'autres termes, à retenir une activité alternant les positions assise et debout. En

résumé, l'appréciation du Dr I_____ répond, sur le plan formel, à tous les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Sur le fond, le médecin d'arrondissement a retenu les diagnostics de lésion du ligament croisé antérieur, lésion cartilagineuse et lésion méniscale interne sur le genou gauche, ligamentoplastie et raideur séquellaire. L'activité habituelle de monteur en échafaudage n'était plus exigible. En revanche, la capacité de travail était entière, sans diminution de rendement, dans une activité exercée essentiellement en position assise, tout en permettant quelques déplacements, en évitant les déplacements répétés dans les escaliers et le port de charges supérieures à 10 kg, sans trajets répétés en voiture, sans devoir monter sur une échelle. A cet égard, le recourant reproche au Dr I_____ de ne pas avoir pris en considération, dans son appréciation du 10 janvier 2017, les troubles psychiques et l'algodystrophie. Force est toutefois de constater que le Dr I_____ est spécialisé en chirurgie orthopédique et non en psychiatrie, de sorte qu'il n'avait pas à se prononcer sur les troubles psychiques dont souffre le recourant. Quant au diagnostic d'algodystrophie, il n'a été évoqué par la Dresse F_____ que postérieurement au rapport du Dr I_____. c. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été

A/3801/2017 - 17/28 - ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3). En l'espèce, le recourant se fonde sur les rapports de la Dresse F_____ pour contester l'appréciation du Dr I_____. Toutefois, force est de constater que la Dresse F_____ conteste une capacité de travail entière dans une activité adaptée assise. Or, comme cela a été relevé ci-dessus, le Dr I_____ a évoqué une activité certes principalement assise, mais permettant de courts déplacements. L'appréciation du médecin traitant n'est par conséquent pas susceptible de remettre en question la valeur probante du rapport du Dr I_____ sur ce point. Le recourant ne fournit par ailleurs pas d'autre rapport susceptible d'étayer sa position, de sorte qu'il y a lieu de retenir une pleine valeur probante au rapport du Dr I_____. En résumé, la capacité de travail du recourant est entière dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : alternance des positions debout et assis, pas de déplacements répétés dans les escaliers, pas de port de charges supérieures à 10 kg, pas de trajets répétés en voiture, pas de montées sur une échelle. 10. Le recourant reproche, en outre, à l'intimée de ne pas avoir pris en considération le diagnostic d'algodystrophie évoqué par la Dresse F_____ dans son rapport du 7 février 2017. a. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). 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 condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF

142 V 435 consid. 1). 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

A/3801/2017 - 18/28 - dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Les notions de syndrome douloureux régional complexe (CRPS - Complex regional pain syndrome en anglais), algodystrophie ou maladie de Sudeck désignent, en médecine, un état maladif post-traumatique, qui est causé par un traumatisme bénin, qui se transforme rapidement en des douleurs importantes et individualisées avec des sensations de cuisson, qui s'accompagnent de limitations fonctionnelles de type moteur, trophique ou sensori-moteur. Toute une extrémité ou une grande partie d'une zone du corps est touchée. Les causes peuvent non seulement être une distorsion d'une articulation mais aussi, par exemple, un infarctus. La discordance entre le traumatisme à l'origine, qui peut en réalité être qualifié de bagatelle, et les conséquences est importante. L'étiologie et la pathogenèse de ce syndrome ne sont pas claires. C'est pourquoi, selon la jurisprudence, pour qu'un tel syndrome puisse constituer la conséquence d'un accident, les trois critères suivants doivent être réalisés. a) la preuve d'une lésion physique (comme par exemple un hématome ou une contusion) après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident; b) l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (comme par exemple : état après infarctus du myocarde, après apoplexie, après ou lors de l'ingestion de barbituriques, lors de tumeurs, de grossesses, etc ; c.) et une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines (arrêts du Tribunal fédéral 8C_871/2010 du 4 octobre 2011 consid. 3.2 et 8C_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1 in SVR 2010 UV n° 18 p. 69).

b. En l'espèce, pour qu'un lien de causalité naturelle puisse être retenu entre l'accident assuré et l'algodystrophie, trois conditions cumulatives doivent être remplies, dont celle de la courte période de latence (six à huit semaines maximum) entre l'accident et l'apparition de cette atteinte. Or, force est de constater que l'accident a eu lieu le 4 mars 2015, que l'arthrolyse arthroscopique s'est déroulée le 2 novembre 2015 et que le diagnostic d'algodystrophie a été évoqué, pour la première fois par la Dresse F_____, dans un rapport daté du 7 février 2017. Ce rapport a donc été établi près de 24 mois après l'accident assuré et près de 15 mois après l'arthrolyse arthroscopique, ce qui constitue une période bien trop longue au sens de la jurisprudence qui évoque de six à huit semaines au maximum. Dans de telles circonstances, c'est à juste titre que la SUVA n'a pas pris en considération l'algodystrophie lors de l'appréciation de la capacité de travail du recourant, faute de lien de causalité naturelle avec l'accident assuré ou l'intervention du 2 novembre 2015. 11. Le recourant reproche également à l'intimée de ne pas avoir tenu compte de ses troubles psychiques lors de l'appréciation de la capacité de travail. a. Comme indiqué précédemment, pour le droit aux prestations, la responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables

A/3801/2017 - 19/28 - qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). Selon la jurisprudence, la question du lien de causalité naturelle entre une affection de nature psychique et un accident peut rester

indécise dans la mesure où le lien de causalité adéquate doit de toute manière être nié (arrêts du Tribunal fédéral 8C_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4 et 8C_746/2008 du 17 août 2009 consid. 5). 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 ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références; ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). En d'autres termes, en cas d'atteintes objectivables du point de vue organique, la causalité adéquate et la causalité naturelle se recouvrent (ATF 134 V 109 consid. 2.1). L'existence d'un lien de causalité adéquate s'examine lorsque l'état de santé de l'assuré est stabilisé, à savoir lorsqu'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (voir ATF 134 V 109 consid. 6.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_683/2017 consid. 5). b/aa. En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). A noter qu'on ne peut parler de lésions traumatiques objectivables d'un point de vue organique que lorsque les résultats obtenus sont confirmés par des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostic ou d'imagerie et que les méthodes utilisées sont reconnues scientifiquement (arrêt du Tribunal fédéral 8C_720/2012 du 15 octobre 2013 consid. 4). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23

A/3801/2017 - 20/28 - consid. 2) ou d'un traumatisme crânio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 et les références). b/bb. Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références). Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été

victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minimale, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester. Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue. Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de

A/3801/2017 - 21/28 - gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa) : ■ les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; ■ la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; ■ la durée anormalement longue du traitement médical; ■ les douleurs physiques persistantes; ■ les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; ■ les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; ■ le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 407 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/aa). Dans un tel cas, la jurisprudence considère que quatre des critères précités doivent être réunis (arrêt du Tribunal fédéral 8C_897/2009 du 29 janvier 2010, consid. 4.5, arrêt du Tribunal fédéral 8C_487/2009 du 7 décembre 2009, consid. 5). Dans le cas d'un accident de

gravité moyenne proprement dit, la réalisation de trois des critères est suffisante (arrêt du Tribunal fédéral BGE 134 V 109 du 3 mai 2012 consid. 6.2.2, arrêt du Tribunal fédéral 8C_897/2009 du 29 janvier 2010, consid. 4.5).

A/3801/2017 - 22/28 - c. En l'espèce, c'est en courant pour prendre son bus que le recourant a glissé et qu'il est tombé par terre, se tordant le genou ce faisant. En d'autres termes, le recourant a chuté de sa hauteur. Compte tenu du déroulement de l'événement en cause (chute en courant pour prendre le bus et torsion du genou) et au vu des précédents jurisprudentiels en la matière (les chutes d'une hauteur comprise entre deux [arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 410/00 du 14 février 2002 consid. 2c] et environ quatre mètres [arrêt du Tribunal fédéral 8C_316/2009] font partie des accidents de gravité moyenne stricto sensu [arrêt du Tribunal fédéral 8C_496/2014 du 21 novembre 2014 consid. 4.2.3]), l'accident du 4 mars 2015 doit au mieux être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité. S'agissant des autres critères, il y a lieu de considérer ce qui suit : ■ Objectivement considéré et au vu des précédents jurisprudentiels en la matière, l'événement du 4 mars 2015 n'a pas eu un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant. En courant pour prendre son bus, l'assuré a glissé et a chuté. ■ L'accident assuré a essentiellement entraîné une rupture du ligament croisé du genou gauche, ce qui ne constitue pas une lésion propre à entraîner des troubles psychiques selon l'expérience générale de la vie et au vu des précédents jurisprudentiels (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 6.2 pour de la casuistique). ■ Le traitement médical consistait, à l'exception des interventions chirurgicales des 23 juin et 2 novembre 2015, en de la physiothérapie et la prise d'antalgiques. Il n'était par conséquent objectivement pas continu et lourd. A noter que la prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (voir arrêt du Tribunal fédéral 8C_383/2013 du 1er avril 2014 consid. 7.2.4 et les références citées). ■ Aucun élément du dossier ne permet de retenir que les médecins ayant suivi le recourant auraient violé les règles de l'art médical et que, ce faisant, il y ait eu aggravation significative des séquelles de l'accident (voir dans ce sens arrêt du Tribunal fédéral 8C_887/2011 du 5 mars 2012 consid. 4.5). Le recourant ne le prétend d'ailleurs pas. ■ Quant aux douleurs physiques persistantes, elles étaient suffisamment importantes et crédibles pour que les médecins de la CRR reconnaissent une incapacité de travail à tout le moins jusqu'en janvier 2016, ce qui constitue d'ailleurs une durée assez longue. d. Force est donc de constater que seuls deux des critères énoncés par la jurisprudence sont remplis en l'espèce, sans toutefois revêtir une intensité particulière. Cela est insuffisant pour admettre l'existence d'un lien de causalité

A/3801/2017 - 23/28 - adéquate entre l'accident du 4 mars 2015 et les troubles psychiques dont souffre le recourant. C'est donc à juste titre que la SUVA n'a pas pris en considération les troubles psychiques pour apprécier la capacité de travail du recourant, faute de lien de causalité adéquate. 12. En quatrième lieu, le recourant conteste également le degré d'invalidité retenu par l'intimé. Selon lui, les DPT ne sauraient trouver application. a. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGa). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en

chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 130 V 343 consid. 3.4, 128 V 29 consid. 1, 104 V 135 consid. 2a et 2b). b/aa. Pour déterminer le revenu sans invalidité avant un accident, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé utiliser pleinement sa capacité de travail. En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Hypothétique, le revenu sans invalidité n'en doit pas moins être évalué de manière aussi concrète que possible. C'est pourquoi le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est né le droit à la rente. Des exceptions ne sauraient être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 222 consid. 4). b/bb. Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75, consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321, consid. 3b/aa), ou de données salariales résultant de

A/3801/2017 - 24/28 - descriptions de postes de travail (DPT). La détermination du revenu d'invalidé sur la base des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, 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. Lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié ni admissible (ATF 129 V 472). 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 (ATF 129 V 472 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 471/04 du 16 juin 2005 consid. 3.3). Cette manière de faire impose donc à l'assureur-accidents de donner tous les informations et les détails sur les DPT dans la décision initiale. Lorsque tel n'a pas été le cas et que le détail du calcul du revenu d'invalidé a été communiqué pour la première fois à l'assuré dans la décision sur opposition, il y a lieu de considérer que la violation du droit d'être entendu a été réparée en procédure cantonale lorsque l'assuré a recouru contre cette décision et a pu faire valoir tous ses arguments en procédure cantonale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_408/2014. du 23 mars 2015 consid. 6.3). Il appartient à la juridiction cantonale d'examiner si les DPT produites par la SUVA satisfont aux conditions posées par la jurisprudence ou, sinon, soit de renvoyer la cause à celle-ci pour compléter son enquête économique, soit de procéder elle-même à la détermination du revenu d'invalidé sur la base des données statistiques issues de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_199/2017 du 6 février 2018 consid. 5.2 ; voir également l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_898/2015 du 13 juin

2016). 13. a. En l'espèce, le recourant conteste en premier lieu l'application des DPT. Il reproche à la SUVA de ne pas lui avoir communiqué le détail des DPT dans la décision initiale. Ce n'est effectivement qu'au stade de l'opposition que l'intimée a précisé le calcul du degré d'invalidité en se référant aux DPT. Cependant, le recourant a pu prendre connaissance desdites descriptions avant d'interjeter recours auprès de la chambre de céans, par-devant laquelle un double échange d'écritures a eu lieu. Par conséquent, la violation du droit d'être entendu a été réparée, conformément à l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_408/2014 du 23 mars 2015 précité. Il y a lieu d'examiner si c'est à bon droit que l'intimée s'est fondée sur lesdites DPT. b. L'intimée a retenu cinq postes dans les cantons de Genève et Vaud : les DPT 11554, 70877, 7560 et 438406 (collaborateur de production) et 992 (ouvrier d'atelier de pesage). Ces DPT ont été établies en fonction des conditions salariales valables en 2017, année de l'ouverture du droit à la rente.

A/3801/2017 - 25/28 - La chambre de céans constate toutefois, au vu des descriptifs, que les DPT 992, 7077 et 438406 ne respectent pas les limitations fonctionnelles du recourant: elles impliquent, selon les réponses données par l'employeur, la position uniquement assise, étant rappelé que, dans son appréciation du 10 janvier 2017, le Dr I_____ a préconisé une activité essentiellement assise mais permettant les courts déplacements. Il ressort de ce qui précède que les DPT n'ont pas été recueillies conformément aux exigences posées par la jurisprudence, de sorte qu'il convient de s'en écarter. Conformément à la jurisprudence, dans un tel cas, la chambre de céans dispose de l'alternative suivante : renvoyer la cause à l'intimée pour compléter son enquête économique ou procéder elle-même à la détermination du revenu d'invalidité sur la base des données statistiques issues de l'enquête suisse sur la structure des salaires. Dans la mesure où les parties ne se sont pas prononcées de manière circonstanciée sur l'application des ESS, la chambre de céans renverra la cause à l'intimée pour qu'elle complète son enquête économique en ne retenant que des DPT autorisant l'alternance des positions. Cela fait, il appartiendra à la SUVA de procéder à une nouvelle comparaison des revenus. 14. Enfin, le recourant conteste le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui lui a été octroyé par la SUVA. a. Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1ère phrase) ; 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, 2ème phrase). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 (art. 36 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 [OLAA - RS 832.202]). b. L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 113 V 218 consid. 2a ; RAMA 1988 p. 236) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb). L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). Selon le barème des atteintes à l'intégrité figurant à l'annexe 3 OLAA, la perte d'une jambe au niveau du genou correspond à une atteinte à l'intégrité de 40%. Lorsque la jambe est amputée au-dessus du genou, l'atteinte à l'intégrité est de 50%.

A/3801/2017 - 26/28 - c. La division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur www.suva.ch). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3 ; ATF 124 V 209 consid. 4.cc; ATF 116 V 156 consid. 3). A teneur de la table 2, intitulée « Atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs », le barème en cas de trouble fonctionnel des membres inférieurs est le suivant: Genou

mobile entre 10° et 60° 15 % mobile entre 0° et 90° 10 % ablation de la rotule 5–10 % 15.
En l'espèce, à titre liminaire, il y a lieu de rappeler que l'algodystrophie évoquée par la Dresse F_____ n'est pas en lien de causalité naturelle avec l'accident assuré (voir consid. 10 supra) et que les troubles psychiques ne sont pas en lien de causalité adéquate avec ce même accident (voir consid. 11 supra). C'est donc à juste titre que ces atteintes n'ont pas été prises en considération lors de la détermination de l'atteinte à l'intégrité. Par ailleurs, une plastie du ligament croisé antérieur a été réalisée le 2 novembre 2015 en raison d'une instabilité du genou. Suite à cette intervention, les médecins du recourant n'ont plus évoqué d'instabilité, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte lors de l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité. Cela étant précisé, force est de constater que dans son appréciation du 9 janvier 2017, le Dr I_____ a évoqué une flexion limitée à 70° et un flexum de 10°. Compte tenu de ces données, il a retenu une atteinte à l'intégrité de 14% qu'il a justifiée de la manière suivante : « conformément aux tables d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs, Table numéro II, on se situe dans le cas d'une limitation de la flexion du genou. Par comparaison avec une mobilité dans un secteur compris entre 10° et 60° pour laquelle un taux de 15% est admissible et dans la logique de comparaison, on retiendra ici un taux de 14% à la lumière de l'examen de ce jour ». Les explications du Dr I_____ ne sont toutefois pas claires. D'une part, on pourrait être tenté de considérer que le Dr I_____ retient le barème « 10° et 60° » comme le considère l'intimé dans sa réponse du 14 novembre 2017 (« la mobilité énoncée par la Dresse F_____ – atteignant 45° – correspond au barème retenu par le médecin d'arrondissement [10° à 60°] ») mais dans ce cas, la chambre de céans ne peut s'expliquer les motifs pour lesquels le taux de 15% n'est pas appliqué. D'autre part, on pourrait également être tenté de croire que le médecin d'arrondissement se réfère en réalité au second barème (0° à 90°) et que dans la

A/3801/2017 - 27/28 - mesure où il a constaté une flexion limitée à 70°, très proche de la limite supérieure du premier barème (60°), il a retenu un taux de 14% « dans la logique de comparaison », comme semble ensuite le considérer la SUVA dans sa duplique du 29 décembre 2017 (« (...) dans le cas d'une limitation de la flexion du genou, pour une mobilité entre 10° et 60°, le taux d'atteinte à l'intégrité est fixé à 15% selon la table 2 d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs. Aussi, en retenant une mobilité de 70° et une indemnité de 14%, l'appréciation du Dr I_____ n'est pas critiquable »). Dans la mesure où le Dr I_____ n'a pas justifié sa position de manière claire, la décision querellée doit être annulée en tant qu'elle prévoit un pourcentage de 14% en ce qui concerne l'atteinte à l'intégrité et la cause doit être renvoyée à la SUVA pour instruction médicale complémentaire sur ce point. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis partiellement et la décision sur opposition du 11 août

2017 sera annulée. La cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants qui précèdent et nouvelle décision sur la rente d'invalidité et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/3801/2017 - 28/28 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.