

GE_GERICHTE ATAS/233/2026 vom 17. März 2026

GE Cour de justice, 2026-03-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_233_2026

FR: GE_GERICHTE ATAS/233/2026 du 17 mars 2026

IT: GE_GERICHTE ATAS/233/2026 del 17 marzo 2026

Erwägungen

E. 1.1

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.

E. 1.2

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.

E. 1.3

La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10).

E. 1.4

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

E. 2

Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à considérer que l'état de santé du recourant était stabilisé au 31 décembre 2024 et, dans l'affirmative, sur le droit à rente d'invalidité et à une IPAI.

E. 3.1

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). L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le 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 (art. 16 al. 2 LAA). Selon l'art. 6 al. 2 LAA, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles énumérées aux lettres a à h (dont les déchirures du ménisque), pour autant que celles-ci ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. Dans un ATF 146 V 51, le Tribunal fédéral a examiné les répercussions de la modification législative relative

aux lésions corporelles assimilées à un accident. Il s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était désormais applicable lorsque l'assureur-accidents a admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et que l'assuré souffre d'une lésion corporelle

A/3844/2025 - 20/40 - au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Le Tribunal fédéral a admis que, dans cette hypothèse, l'assureur-accidents doit prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA ; en revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas doit être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 ; résumé dans la RSAS 1/2020 p. 33ss. ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_520/2020 du 3 mai 2021 consid. 5.1). En l'espèce, il n'est pas contesté par les parties que l'événement du 5 juin 2019 est constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA. Partant, il n'est pas nécessaire de déterminer si certaines lésions constatées par les médecins figurent dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, puisque même dans l'affirmative, la cause devrait être examinée exclusivement sous l'angle de l'art. 6 al. 1 LAA. Cela implique que si une lésion au sens de l'art. 6 al. 2 LAA est due à un accident assuré, l'assureur doit la prendre en charge jusqu'à ce que cet accident n'en constitue plus la cause naturelle et adéquate et que l'atteinte à la santé qui subsiste est due uniquement à des causes étrangères à l'accident considéré (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et 9.1 ; ci-après : consid. 4.2 et 4.3).

E. 3.2

Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (art. 18 al. 1 LAA, dans sa teneur en vigueur à compter du 1er janvier 2017). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA ; méthode ordinaire de la comparaison des revenus). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (al. 1) ; seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

E. 3.3

Selon l'art. 19 al. 1 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. Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident, étant précisé que l'amélioration attendue par la continuation du traitement médical doit

A/3844/2025 - 21/40 - être « sensible ». Le terme « sensible » indique donc que l'amélioration espérée par un autre traitement (approprié au sens de l'art. 10 al. 1 LAA) doit être importante (ATF 143 V 148 consid. 3.1.1). Des améliorations insignifiantes ne

suffisent pas, pas plus que la simple possibilité d'une amélioration (arrêt du Tribunal fédéral 8C_528/2022 du 17 novembre 2022 consid. 7.1 et l'arrêt cité). Le simple fait qu'un traitement médical continue à être nécessaire ne suffit pas non plus en soi (arrêt du Tribunal fédéral 8C_956/2009 du 9 mars 2010 consid. 4.1.2). Ni la possibilité très éloignée d'un résultat positif lié à la continuation d'un traitement médical, ni de petits progrès attendus du fait d'autres mesures – balnéothérapie ou physiothérapie par exemple (arrêts du Tribunal fédéral 8C_39/2018 du 11 juillet 2018 consid. 5.1 et 8C_142/2017 du 7 septembre 2017 consid. 4) –, ne confèrent un droit à de plus amples prestations de la part de l'assureur-accidents. Dans ce contexte, l'état de santé de la personne assurée doit être évalué de manière prospective et non rétrospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_142/2017 consid. 4 et les arrêts cités), c'est-à-dire à la lumière des circonstances qui prévalaient au moment de la clôture du cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_83/2017 du 11 décembre 2017 consid. 4.3). Pour ce faire, on se fonde en premier lieu sur les renseignements médicaux relatifs aux possibilités thérapeutiques et à l'évolution de la maladie, qui sont généralement compris dans la notion de pronostic (arrêt du Tribunal fédéral 8C_682/2021 du 13 avril 2022 consid. 5.1 et les arrêts cités). Dès qu'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, il appartient à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 144 V 354 consid. 4.1 ; 143 V 148 consid. 3.1.1 ; 134 V 109 consid. 4.1 et les références).

E. 4.1

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 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il 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).

A/3844/2025 - 22/40 - 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119

V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n. U 341 p. 408 consid. 3b).

E. 4.2

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n. U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n. U 142 p. 75 consid. 4b). 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*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n. U 363 p. 46).

E. 4.3

Sous la note marginale « concours de diverses causes du dommage », l'art. 36 al. 1 LAA dispose que les prestations pour soins, les remboursements de frais, ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif

A/3844/2025 - 23/40 - préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF 146 V 51 précité consid. 5.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_606/2021 du 5 juillet 2022 consid. 3.2).

E. 4.4

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 ; 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 118 V 286 consid. 3a et 117 V 359

consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

E. 5.1

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). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

E. 5.2

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), 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

A/3844/2025 - 24/40 - 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

E. 5.3

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 (ATF 125 V 351 consid. 3b).

E. 5.3.1

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 5.3.2

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social 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. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner

une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

A/3844/2025 - 25/40 - Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, 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 même 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 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4).

E. 5.3.3

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 6.1

Le juge 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 juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6. 1 et la référence).

E. 6.2

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. – RS 101 ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence

A/3844/2025 - 26/40 - rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

E. 7.1

En l'espèce, il est rappelé que le recourant a été victime de lésions méniscales aux deux genoux, survenues le 5 juin 2019 dans le cadre d'un accident professionnel (chute d'une échelle d'une hauteur de 2 à 2.5 mètres avec réception sur les pieds puis les genoux). Dans sa décision du 11 janvier 2021 confirmée sur opposition le 27 janvier 2021, l'intimée avait retenu que le recourant était apte à reprendre son activité habituelle à 50% dès le 11 janvier 2021, puis à 100% dès le 1er mars 2021. À la suite du recours interjeté contre cette décision, elle avait conclu à l'admission partielle de celui-ci, en se fondant sur l'appréciation du 26 avril 2021 de la Dre J_____. Celle-ci retenait que si l'ancienne activité de nettoyeur ne pouvait plus être exercée, une activité adaptée pouvait être exercée à 100% dès le 11 janvier 2021. Dans l'arrêt du 25 janvier 2022 (ATAS/38/2022), annulant la décision sur opposition précitée, la chambre de céans a considéré que l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé fin décembre 2020 et qu'il n'était pas non plus établi qu'il puisse exercer une activité – même adaptée à ses limitations fonctionnelles –, que ce soit à 50% dès le 11 janvier 2021, ou à 100% dès le 1er mars 2021, raison pour laquelle il incombait à la SUVA de mettre en œuvre une expertise afin d'évaluer l'évolution de l'état de santé et la capacité de travail de l'assuré dès janvier 2021. À la suite de cet arrêt, l'expert M_____, désigné par la SUVA, s'est prononcé sur un état de fait dont le principal élément nouveau consistait en une allogreffe du ménisque interne, réalisée le 23 novembre 2021 au genou gauche, et le projet d'une intervention identique au genou droit – non encore effectuée à la date du rapport d'expertise, soit le 28 octobre 2022. Selon cet expert, le caractère favorable de l'évolution du genou gauche après la greffe, constaté au moment de l'expertise, ne dispensait pas d'une réévaluation de l'état orthopédique un an après la greffe du côté gauche – et un an après la greffe à venir du côté droit. Cela étant, l'absence de stabilisation du cas n'empêchait pas, dès avril 2021, la reprise à plein temps d'une activité adaptée, c'est-à-dire sédentaire, exercée préférentiellement en position assise, avec une limite au niveau du port de charges (10-15 kg portés sur quelques dizaines de mètres et quelques fois par jour), sans montées/descentes itératives d'escaliers, ni position d'agenouillement/accroupissement, ni activité en terrain accidenté. Sur la base des conclusions du rapport d'expertise du 28 octobre 2022, la SUVA a accepté, le 17 octobre 2023, de reprendre le versement des indemnités journalières avec effet au 1er mars 2021. Elle a également accepté de prendre en charge la greffe méniscale du côté droit, réalisée le 9 janvier 2024, tout en estimant, par décision du 23 mai 2025 confirmée sur opposition par la décision litigieuse, que le cas était stabilisé au 31 décembre 2024, compte tenu des appréciations du Dr E_____ des 20 septembre 2024 et 5 mai 2025. Dans la mesure où il ne subissait pas de perte de gain dans l'exercice d'une activité adaptée aux

A/3844/2025 - 27/40 - limitations fonctionnelles définies le 20 septembre 2024 par le Dr E_____, l'intéressé ne pouvait pas prétendre à une rente d'invalidité. Enfin, il ne remplissait pas non plus les conditions d'octroi d'une IPAI. Il ressortait en effet des radiographies effectuées le 15 septembre 2025 et du rapport d'examen du 24 septembre 2025 du Dr E_____ que ni le genou gauche ni le genou droit ne présentait de gonarthrose et qu'en l'absence de recul de la médecine actuelle par rapport une technique chirurgicale nouvelle (allogreffe méniscale), il n'était pas possible de prédire l'évolution du cas actuellement, raison pour laquelle il était proposé de procéder à une évaluation de l'IPAI en 2030.

E. 7.2

En l'occurrence, il convient d'examiner tout d'abord si le cas était stabilisé au 31 décembre 2024 comme l'intimée l'a retenu sur la base de l'appréciation du 5 mai 2025 du Dr E_____ que ce médecin a encore précisée en ces termes le 24 septembre 2025 : une restitution « ad integrum » de ces deux genoux restait impossible en l'état des connaissances médicales actuelles et il n'y avait pas de traitement susceptible de modifier d'une façon durable la capacité de travail qui correspondait à celle qu'il avait définie le 20 septembre 2024. Pour motiver ce point de vue, le Dr E_____ s'est référé aux rapports du 12 février 2025 du Dr K_____ et du 14 mars 2025 du Dr O_____. Sachant que le Dr K_____ y fait état d'une évolution exceptionnelle pour le genou gauche et très satisfaisante pour le genou droit, sans moyen chirurgical pour améliorer la situation ni autre rendez-vous prévu avec le patient, et que la seule réserve qu'il émet concerne le genou droit, à savoir une éventuelle tendinopathie rotulienne – non retenue le 14 mars 2025 par le Dr O_____ en l'absence d'altération structurelle et de doppler à l'échographie – ayant débouché, in fine, sur la prescription de la poursuite d'un programme de physiothérapie de renforcement par le Dr O_____, le fait de retenir une stabilisation de l'état de santé au 31 décembre 2024 n'apparaît pas critiquable.

E. 7.2.1

D'avis contraire, le recourant ne conteste pas la stabilisation du cas dans son principe, mais uniquement la date du 31 décembre 2024 retenue par l'intimée. À l'appui de sa position, il fait valoir que cette stabilisation ne serait intervenue que le 31 mars 2025, étant donné que la physiothérapie se poursuivait, qu'il a dû se soumettre à un bilan de force aux HUG le 16 janvier 2025 et qu'il s'est rendu aux consultations des Drs K_____ et O_____ les

E. 7.2.2

Dans un deuxième moyen, le recourant reproche à l'intimée d'avoir mis fin aux indemnités journalières par courrier du 5 décembre 2024 sans rendre une décision formelle sur ce point précis. Ce grief s'avère également infondé pour les motifs suivants : la question de la suspension des indemnités journalières et du traitement médical d'une part, et de l'examen des conditions du droit à la rente et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité d'autre part, forment un seul objet du litige (ATF 144 V 354 consid. 4.2 et les références), de sorte que l'assureur n'est pas tenu de rendre deux décisions distinctes. Lorsque l'assureur rend une décision formelle de refus de droit à la rente – comme c'est le cas en l'occurrence –, il y a lieu d'admettre qu'il refuse également formellement la poursuite du versement de l'indemnité journalière et de la prise en charge du traitement médical (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_619/2018 du 7 mars 2019 consid. 3.3). Par ailleurs, l'assureur-accidents ne peut pas statuer définitivement sur la fin du droit aux indemnités journalières et au traitement

médical avant de statuer sur le droit à la rente, en raison du rapport étroit existant entre ces prestations (ATF 144 V 354 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_388/2023 du 10 avril 2024 consid. 5.3).

E. 7.2.3

Dans un troisième moyen, le recourant soutient que le versement des indemnités journalières devrait de toute manière se poursuivre non seulement jusqu'au 31 mars 2025 (cf. ci-dessus : consid. 7.2.1) mais aussi jusqu'à ce que la décision en matière AI, rendue le 10 septembre 2025 dans la procédure parallèle A/3088/2025, également pendante devant la chambre de céans, soit devenue définitive. Il invoque à cet égard l'art. 70 LPGA. Selon l'art. 70 LPGA, l'ayant droit peut demander la prise en charge provisoire de son cas lorsqu'un événement assuré lui donne droit à des prestations d'une assurance sociale mais qu'il y a doute sur le débiteur de ces prestations (al. 1). Sont tenues de prendre provisoirement le cas à leur charge : l'assurance-maladie, pour les prestations en nature et les indemnités journalières dont la prise en charge par l'assurance-maladie, l'assurance-accidents, l'assurance militaire ou l'OAI est contestée (let. a) ; l'assurance-chômage, pour les prestations dont la prise en charge par l'assurance-chômage, l'assurance-maladie, l'assurance-accidents, l'assurance militaire ou l'AI est contestée (let. b) ; l'assurance-accidents, pour les prestations dont la prise en charge par l'assurance-accidents ou l'assurance militaire est contestée (let. c) ; la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité au sens de la LPP, pour les rentes dont la prise en charge par l'assurance-accidents ou l'assurance militaire ou par la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité au sens de la LPP est contestée (let. d) (al. 2).

A/3844/2025 - 29/40 - L'obligation d'un assureur social de prendre provisoirement le cas à sa charge ne peut être invoquée que lorsqu'un cas d'assurance donnant droit à des prestations sociales est survenu. L'art. 70 al. 1 LPGA précise ainsi que les avances ne peuvent être réclamées dans les cas où le cas d'assurance ne s'est pas réalisé et où les conditions d'octroi des prestations spécifiques à l'assurance sociale concernée ne sont pas remplies dans le cas particulier. Cette prémisse est clairement énoncée à l'art. 71 LPGA, selon laquelle l'assureur tenu de prendre provisoirement le cas à sa charge alloue les prestations « selon les dispositions régissant son activité », c'est-à-dire conformément aux dispositions qui lui sont applicables (ATF 146 V 129 consid. 4.3 ; Marc HÜRZELER, in Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, 2020, n. 70 ad art. 70 LPGA). En conséquence, l'art. 70 LPGA ne fonde pas un droit propre aux indemnités journalières LAA au-delà de la stabilisation du cas. On relèvera enfin qu'en l'espèce, des « mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité » (cf. art. 19 al. 1 LAA) n'étaient pas en cours au 31 décembre 2024, de sorte que l'intimée était fondée à mettre fin à la prise en charge des frais de traitement et au paiement des indemnités journalières à cette date. 8. Dans la mesure où le versement d'une rente d'invalidité intervient au moment où prend fin le droit à une indemnité journalière, il reste à examiner si le recourant peut prétendre à une telle rente à compter du 1er janvier 2025. 8.1 En l'espèce, il est constant que malgré les allogreffes des ménisques internes réalisées le 23 novembre 2021 au genou gauche et le 9 janvier 2024 au genou droit, le recourant ne peut plus exercer son activité antérieure de nettoyeur en bâtiment. À cet égard, le Dr E_____ – dont les appréciations sont à la base de la décision litigieuse – est d'avis que le profil de capacités établi le 10 juin 2021 par la Dre J_____ reste d'actualité et permet de retenir l'exigibilité à plein temps, et sans diminution

de rendement, d'une activité adaptée (i.e. permettant une alternance des positions assise et debout et évitant la montée et descente d'escaliers, les marches en terrain accidenté, les marches prolongées répétitives, les agenouillements et accroupissements, ainsi que le port répété de charges de plus de 15 kg ; cf. appréciation du Dr E_____ du 20 septembre 2024, confirmée les 5 mai et 24 septembre 2025, à l'issue de l'examen médical du recourant du 1er septembre 2025). Fondée sur une connaissance approfondie du dossier et comportant un examen du recourant, ainsi que des conclusions motivées et cohérentes, cette appréciation de la capacité de travail résiduelle du recourant peut en principe se voir reconnaître valeur probante, sous réserve que des avis médicaux divergents et les arguments du recourant ne mettent pas en doute la pleine exigibilité d'une activité adaptée à partir du 1er janvier 2025.

A/3844/2025 - 30/40 - 8.1.1 La chambre de céans constate que même s'ils ne prennent pas position au sujet du profil d'exigibilité défini le 20 septembre 2024, les médecins chargés du suivi du recourant n'expriment pas d'avis dissident. Ainsi, la Dre N_____ considère que la reprise de l'activité de nettoyeur en bâtiment n'est pas recommandée et une adaptation du travail indiquée (rapport du 2 octobre 2024). Le Dr K_____ s'exprime dans le même sens (rapport du 17 décembre 2024), ainsi que l'expert M_____ (rapport d'expertise du 28 octobre 2022), ce dernier renvoyant au profil d'exigibilité défini le 10 juin 2021 par la Dre J_____, à l'image du Dr E_____. Pour le surplus, on relève certes que dans une attestation du 4 décembre 2022, le Dr I_____ mentionnait une capacité de travail nulle dans toute activité. On comprend toutefois à la lecture de ce rapport que l'inexigibilité de toute activité – même adaptée – est motivée par les doutes que le Dr I_____ exprimait au sujet d'une technique nouvelle (allogreffe méniscale) et la crainte que l'assuré, en travaillant, développe une arthrose qui le ferait sortir des critères d'éligibilité à une greffe méniscale au genou droit. Force est toutefois de constater qu'à l'époque de l'attestation du Dr I_____, le Dr K_____, qui avait lui-même réalisé la greffe méniscale au genou gauche, était d'avis contraire en tant qu'il estimait que l'assuré pouvait uniquement exercer un travail adapté en position assise, avec des périodes en position debout comprises entre un minimum de 20 minutes et ce, depuis 2021 (cf. rapport du 17 janvier 2023 du Dr K_____). En outre, l'avis du Dr I_____ du 4 décembre 2022 est contredit par le rapport d'expertise du Dr M_____, rendu à la même époque, soit après la greffe méniscale au genou gauche mais avant celle au genou droit. Or, le Dr I_____ n'explique pas quel élément objectivement vérifiable aurait été ignoré par cet expert. On constate enfin qu'hormis de nombreux certificats d'arrêts de travail, le Dr I_____ n'a plus versé de rapport médical au dossier, le dernier en date remontant au 21 août 2023 et consistant en un simple récapitulatif du suivi médical (dossier SUVA, doc. 432). Enfin, en tant que l'attestation du 4 décembre 2022 du Dr I_____ est impropre à retracer l'évolution du cas jusqu'à la décision litigieuse, elle n'est pas non plus de nature à mettre en doute les appréciations du Dr E_____, sur lesquelles se fonde la décision attaquée. 8.1.2 Il sied enfin de constater que le recourant ne conteste pas lui-même l'exigibilité de la reprise d'une activité adaptée une fois son état de santé stabilisé. Dans son recours, il fait cependant valoir qu'il ne pourrait travailler qu'à 80%. En tant que cette assertion n'est appuyée par aucun rapport médical, elle n'est cependant pas de nature à mettre en doute les appréciations du Dr E_____. En conséquence, la chambre de céans considère qu'il est établi, au degré requis de la vraisemblance prépondérante, qu'au moment où l'intimée a mis fin au paiement des indemnités journalières et des soins, soit au 31 décembre 2024 – ce qu'elle était fondée à faire à cette date (ci-dessus : consid. 7.2 et ss.) –, l'exercice

A/3844/2025 - 31/40 - d'une activité respectant les limitations fonctionnelles fixées par le Dr E_____ était exigible à plein temps et sans diminution de rendement. 8.2 Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente, soit au 1er janvier 2025 dans le cas particulier. On précisera que les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et les références). 8.2.1 Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente ; des exceptions ne peuvent être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; 134 V 322 consid. 4.1 et les références). Cependant, lorsqu'il apparaît que l'assuré touchait un salaire nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité et que les circonstances ne permettent pas de supposer qu'il s'est contenté d'un salaire plus modeste que celui qu'il aurait pu prétendre, il y a lieu d'en tenir compte dans la comparaison des revenus en opérant un parallélisme des revenus à comparer (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et les références). Le revenu effectivement réalisé doit être considéré comme nettement inférieur aux salaires habituels de la branche lorsqu'il est inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel dans la branche (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_677/2021 du 31 janvier 2022 consid. 4.2.2). À noter que le revenu usuel d'une branche peut également être déterminé au moyen des minima salariaux prévus dans une CCT étendue, ceux-ci représentant, de manière plus précise que l'ESS, les revenus spécifiques à cette branche (arrêt du Tribunal fédéral 8C_562/2023 du 29 mai 2024 consid. 4.1.2 et 4.1.3). En pratique, le parallélisme des revenus à comparer peut être effectué soit au regard du revenu sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit au regard du revenu d'invalide en réduisant de manière appropriée la valeur statistique (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2010 du 31 janvier 2011 consid. 3.4). Lorsque le salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé est inférieur au salaire minimum prévu par une CCT, il n'y a pas lieu, dans le cadre

A/3844/2025 - 32/40 - de la comparaison des revenus, de mettre l'assuré au bénéfice d'un revenu sans invalidité purement fictif correspondant à ce minimum salarial afin de nier, sur cette base, le caractère inférieur à la moyenne de ce revenu. C'est plutôt le revenu effectivement perçu qui est déterminant. Ce n'est que dans un second temps qu'il y a lieu de se demander, en vue d'une éventuelle mise en parallèle des revenus, si les circonstances permettent ou non de supposer que l'assuré s'est contenté d'un salaire plus modeste que celui auquel il aurait pu prétendre (arrêt du Tribunal fédéral 8C_528/2021 du 3 mai 2021 consid. 8.3.3). Toutefois, lorsque le salaire effectivement réalisé correspond au minimum prévu par une convention collective de travail (CCT), il ne peut pas être qualifié d'inférieur à la moyenne. Dans un tel cas, il n'y a pas lieu d'appliquer la règle du parallélisme des revenus (arrêt du Tribunal fédéral 8C_677/2021 du 31 janvier 2022 consid. 4.2.2 et les

références). 8.2.2 Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 143 V 295 consid. 2.2 ; 135 V 297 consid. 5.2 et les références). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1 de l'ESS, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer la table TA1_skill_level (ATF 142 V 178). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1). La valeur statistique médiane s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières ; tel est

A/3844/2025 - 33/40 - notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. Il y a en revanche lieu de se référer à la ligne « total secteur privé » lorsque l'assuré ne peut plus raisonnablement exercer son activité habituelle et qu'il est tributaire d'un nouveau domaine d'activité pour lequel l'ensemble du marché du travail est en principe disponible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_709/2023 du 8 mai 2024 consid. 6.2.1 et les références). 8.2.2.1. Pour les personnes assurées qui, après la survenance de l'atteinte à la santé, ne peuvent plus effectuer que des travaux légers et non exigeants sur le plan intellectuel, il convient de se baser sur le salaire mensuel brut moyen (ligne « total ») des hommes (ou des femmes) pour des activités simples et répétitives, c'est-à-dire sur le niveau de compétence 1, qui est le plus bas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_695/2015 du 19 novembre 2015 consid. 4.2 et les références). Le cas échéant, il y a lieu d'adapter le salaire statistique à l'évolution des salaires nominaux en appliquant soit le chiffre définitif de l'indice suisse des salaires nominaux (ISS) publié au moment déterminant de la décision litigieuse, soit la plus récente estimation trimestrielle (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_659/2022 du 2 mai 2023 consid. 7.2). 8.2.2.2. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir

d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (cf. ATF 148 V 174 consid. 6.3 ; 146 V 16 consid. 4.1 et ss. et les références). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les

A/3844/2025 - 34/40 - principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; 123 V 150 consid. 2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). 8.2.3 En l'espèce, l'intimée a fixé le degré d'invalidité du recourant à 0% en 2025 sur la base du raisonnement et des calculs suivants : Elle a déterminé le revenu avec invalidité sur la base de l'ESS, plus précisément en se référant à la table TA1 (tirage « skill level »), secteur privé, tous secteurs confondus (ligne « total »). Selon cette statistique, un homme pouvait réaliser, dans une activité simple et répétitive (niveau 1), un revenu mensuel de CHF 5'305.- selon l'ESS 2022, soit CHF 63'660.- par année. En tenant compte de la durée hebdomadaire normale de travail s'élevant à 41.7 heures, le revenu avec invalidité se montait à CHF 65'365.55 par année (CHF 63'660.- x 41.7 / 40 = CHF 65'365.55), ce qui représentait CHF 67'493.76 en 2023, CHF 68'303.69 en 2024 et CHF 69'874.67 en 2025, vu la hausse des salaires nominaux pour les hommes, s'établissant à 1.7% en 2023, 1.2% en 2024 (ISS ; T1.1.10) et à 2.3% en 2025, selon l'estimation relative au 2e trimestre disponible au moment de la décision litigieuse. En accordant un abattement de 5%, le revenu avec invalidité s'élevait à CHF 66'381.- (soit CHF 69'874.67 sous déduction de 5% de ce montant). S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimée l'a fixé à CHF 56'195.- en se référant à la CCT du secteur du nettoyage pour la Suisse romande, étendue par arrêté du Conseil fédéral du 14 mars 2018 (FF 2018 1505). Elle a considéré que le recourant entrait, en 2025, dans la catégorie N4 (« nettoyage spécifique et de chantier » pour un nettoyeur sans qualification, depuis plus de 4 ans dans la branche). À ce titre, ladite CCT lui garantissait un salaire minimum de CHF 24.42 pour l'année en question. Compte tenu de la durée hebdomadaire maximum de 43 heures (art. 10 al. 1 CCT), du nombre de semaines par an (52) et de son droit à un 13e salaire, calculé à raison de 8.33% (cf. art. 9 CCT), ce salaire conventionnel représentait CHF 59'152.- (soit 24.42 x 43 x 52 x 108.33%). Cependant, dans la mesure où le revenu prévu dans le contrat individuel de travail ne respectait pas les minima de la CCT, il y avait lieu de le paralléliser à concurrence du 95%

du montant prévu par la CCT en 2025, soit de l'augmenter à CHF 56'195.-. En comparant le revenu avec invalidité (CHF 66'381.-) au revenu sans invalidité (CHF 56'195.-), la perte de gain était nulle et le degré d'invalidité ne l'était pas moins. Concernant tout d'abord la date de la comparaison des revenus (2025), la chambre de céans constate qu'elle est correcte dès lors qu'elle correspond à l'année de naissance d'une éventuelle rente.

A/3844/2025 - 35/40 - Quant au revenu avec invalidité, il n'apparaît pas critiquable non plus en tant qu'il se réfère à la table TA1 (tirage « skill level »), secteur privé, tous secteurs confondus (ligne « total »). On peut tout au plus se demander si un abattement supérieur à 5% se justifierait en l'occurrence. À cet égard, l'intimée expose que les seules limitations fonctionnelles ne justifieraient pas d'abattement en soi mais qu'au vu des conditions d'établissement du recourant (permis C impliquant une différence salariale de 4.2% par rapport au salaire médian des Suisses et étrangers sans fonction de cadre ; table T12b) un abattement de 5% serait indiqué. Sachant que pour des limitations fonctionnelles comparables à celles ici en cause et découlant d'atteintes aux membres inférieurs, le Tribunal fédéral a confirmé l'absence d'abattement à ce titre (cf. notamment : arrêts du Tribunal fédéral 8C_860/2018 du 6 septembre 2019 consid. 6.3.3 ; 8C_219/2019 du 30 septembre 2019 consid. 5.2 ; 8C_659/2021 du 17 février 2022 consid. 4.1 et 4.4), respectivement un abattement de 5% (arrêts du Tribunal fédéral 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5 et 8C_59/2021 du 18 mai 2021 consid. 4.4), la question de savoir si l'ensemble des facteurs pertinents mériteraient que la déduction totale fût portée à 10% – à l'instar de ce qu'a considéré l'OAI dans sa décision du 8 septembre 2025 (Dossier SUVA, doc. 655, p. 3) – peut rester indéterminée comme il sera démontré ci-après. On rappellera par ailleurs que l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (et vice-versa ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_679/2020 du 1er juillet 2021 consid. 5.1). La détermination du revenu sans invalidité appelle en revanche les observations suivantes : on rappellera tout d'abord que lorsque le salaire effectivement réalisé correspond au minimum prévu par une CCT, il ne peut être qualifié d'inférieur à la moyenne. On ajoutera que dans un tel cas, il n'y a pas lieu d'appliquer la règle du parallélisme des revenus (cf. ci-dessus : consid. 8.2.1 in fine). En l'espèce, il est exact qu'en qualité de nettoyeur, le recourant était soumis à la CCT du secteur du nettoyage pour la Suisse romande précitée et qu'en tant que nettoyeur sans qualification (catégorie N40), il aurait eu droit à un salaire horaire de CHF 24.42, respectivement CHF 59'152.- par an pour 43 heures hebdomadaires en 2025. Il sied toutefois de relever que selon les indications de l'employeur (dossier SUVA, doc. 1), le recourant travaillait certes à plein temps mais à raison de 40 heures par semaine. Avec cet horaire, il réalisait un salaire de CHF 3'900.-, versé treize fois l'an, correspondant à CHF 50'700.- en 2019. Dans la mesure où les minima salariaux de la CCT prévoyaient un salaire horaire de CHF 21.70 en 2019, correspondant à CHF 48'896.- par an (soit 21.70 x 40 x 52 x 108.33) pour un nettoyeur sans qualification avec l'ancienneté acquise à cette époque (catégorie N1 au moment de l'accident), l'affirmation de l'intimée selon laquelle « le salaire perçu en 2019 était déjà inférieur à la CCT de ce secteur d'activité pour l'année en question » (dossier SUVA, doc. 631, p. 2) se révèle inexacte. Étant donné que le revenu de CHF 50'700.- ne peut pas être qualifié d'inférieur à la moyenne, il ne faut ni le remplacer par le revenu fixé par la CCT pour 43 heures hebdomadaires

A/3844/2025 - 36/40 - (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_528/2021 précité) ni le paralléliser (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_677/2021 précité), mais effectuer la comparaison des

revenus sur la base de celui-ci après indexation à l'ISS (table T39), ce qui aboutit à CHF 52'769.- (soit CHF 50'700 x 2'372 / 2'279) pour 2024 et CHF 53'983.- pour 2025 en tenant compte de la hausse de 2.3% prévue dans l'estimation relative au deuxième trimestre. En comparant ce dernier montant au revenu avec invalidité (CHF 66'381.-), la perte de gain et le degré d'invalidité resteraient nuls. On constate qu'il en serait de même en accordant un abattement de 10% sur le revenu avec invalidité (CHF 62'887.- ; soit CHF 69'874.67 sous déduction de 10%). Il s'ensuit que s'agissant du taux d'invalidité (0%), la décision litigieuse apparaît de toute manière correcte dans son résultat, de sorte que le recourant ne peut se voir accorder de rente d'invalidité au 1er janvier 2025. 9. Il reste à examiner si le recourant peut prétendre à une IPAI. 9.1 Selon l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'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. 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 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 ; RS 832.202 – OLAA). D'après l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. Selon l'art. 36 al. 4 OLAA, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité. Une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible. Les « aggravations prévisibles » au moment de la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité doivent être prises en compte. Sont considérées comme telles les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable. Une aggravation future peut donc être prise en compte dès la première évaluation de l'atteinte à l'intégrité si elle peut être prévue au degré de la vraisemblance prépondérante. Une aggravation qui n'est que possible ne suffit pas (arrêt du Tribunal fédéral U 320 du 9 juillet 1998 consid. 3b, publié in RAMA 6/1998, p. 602 ; Thomas FREI, in Marc HÜRZELER / Ueli KIESER [éd.], Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, UVG, 2018, n. 36 ad art. 25 LAA). L'IPAI n'est pas sujette à révision au sens de l'art. 17 LPG. En cas d'aggravation non prévisible, l'assuré a toujours la possibilité d'annoncer le cas sous forme d'une rechute ou de suites tardives qui pourront, le cas échéant, justifier le versement d'une indemnité complémentaire. Pour cette situation,

A/3844/2025 - 37/40 - l'art. 36 al. 4, deuxième phrase, OLAA prévoit la possibilité d'une « révision » à titre exceptionnel, pour autant que l'aggravation soit importante (Jean-Maurice FRESARD / Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in MEYER [éd.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], vol. XIV, Sécurité sociale, 3e éd. 2016, p. 1003, n. 327). 9.2 L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 29). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (FRÉSARD / MOSER-SZELESS, op. cit., p. 998, n. 311). En cela, elle se distingue de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; RAMA 2004 n. U 514 p. 415 ; U 134/03 consid. 5.2 ; RAMA 2000 n. U 362 p. 41). 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. Alfred 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 (SVR 2009 UV n° 27 p. 97, 8C_459/2008, consid. 2.3 ; cf. aussi Thomas 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, op. cit., p. 1000, n. 317). L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b ; 124 V 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

A/3844/2025 - 38/40 - 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). La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Dans la mesure, toutefois, 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 124 V 209 consid. 4a/cc ; 116 V 156 consid. 3a ; RAMA 1998 n. U 296 p. 235 ; U 245/96 consid. 2a). Il ressort de la table 5 de la SUVA, traitant de l'atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses, qu'une IPAI de 5 à 15% est prévue en cas d'arthrose fémoro-tibiale « moyenne ». En présence d'une arthrose « grave » du même type, l'IPAI prévue est comprise entre 15 et 30%. 9.3 Faisant siennes les appréciations du Dr E_____, l'intimée a refusé l'octroi d'une IPAI au recourant. Ce médecin a considéré dans son appréciation du 20 septembre 2024, qu'il n'y avait pas d'estimation à envisager pour une éventuelle IPAI qu'il proposait de réévaluer dans un délai de cinq ans, compte tenu de la technique chirurgicale nouvelle mise en œuvre (greffe des ménisques internes aux genoux gauche et droit), dont les résultats à long terme étaient insuffisamment connus à ce jour. Après que l'assuré eut relevé, dans son opposition à la décision du 23 mai 2025, que l'expert M_____ mentionnait que les radiographies du jour qu'il avait fait effectuer (« schuss, axiale de rotule, profil des 2 genoux » ; dossier SUVA, doc. 366, p. 14) révélaient une arthrose de stade II selon la SFA (classification de la Société française d'arthroscopie) ou de stade I selon Ahlbäck, le Dr E_____ a fait effectuer de nouvelles radiographies le 15 septembre 2025, sur la base desquelles il a estimé dans son rapport du 24 septembre 2025

que contrairement à ce qui avait été évoqué par le Dr M_____ en 2022, le bilan radiologique le plus récent en 2025 confirmait l'absence de gonarthrose aux deux genoux, relevant que l'évaluation du Dr M_____ avait été faite en 2022 et ne prenait donc pas en considération les suites opératoires des greffes méniscales à moyen terme. Le recourant estime en synthèse qu'il serait contraire à la logique médicale que l'arthrose constatée en 2022 par le Dr M_____ ait subitement disparu en 2025. Pour appuyer sa thèse d'une dégradation arthrosique toujours en cours, il a commenté personnellement les images d'une IRM réalisée le 2 octobre 2025 aux HUG en soutenant qu'une IRM était plus éloquente à ce sujet que les radiographies du 15 septembre 2025. La chambre de céans constate pour sa part que selon le rapport du

E. 12

février et

E. 14

mars 2025. Les arguments du recourant ne se révèlent pas pertinents. Il sied de constater tout d'abord que le rapport du 12 février 2025 du Dr K_____ conclut à l'absence de moyen pour améliorer la situation et, par voie de conséquence, à l'absence d'amélioration « sensible » au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (ci-dessus : consid. 3.3). En second lieu, il ne ressort pas davantage du rapport du 14 mars 2025 du Dr O_____ que la suite du traitement que ce praticien a prescrite répondrait à la condition d'une amélioration sensible. On rappellera en effet que ni la possibilité très éloignée d'un résultat positif lié à la continuation d'un traitement médical,

A/3844/2025 - 28/40 - ni de petits progrès attendus du fait d'autres mesures – comme la physiothérapie de renforcement ici prescrite –, ne confèrent un droit à de plus amples prestations de la part de l'assureur-accidents (ci-dessus : consid. 3.3).

E. 15

septembre 2025 des Drs P_____ et Q_____, l'examen permet de conclure à

A/3844/2025 - 39/40 - un léger pincement du compartiment interne (au genou gauche comme au genou droit) à mettre en rapport avec une intervention sur le ménisque, étant précisé qu'il n'y avait pas de modelé arthrosique ou d'atteinte érosive. Quant aux rapports du 2 octobre 2025 des Drs R_____ et S_____ – que le recourant a finalement produits le 19 janvier 2026 –, ceux-ci relèvent qu'à l'exception de lésions cartilagineuses focales sur la voie d'abord chirurgicale et, côté gauche, un discret amincissement du cartilage en fémoro-patellaire, il n'y avait de chondropathie ni au genou gauche ni au genou droit. Il s'ensuit que ces rapports ne contredisent ni les radiographies du 15 septembre 2025 ni le rapport du 24 septembre 2025 du Dr E_____, mais qu'ils confirment au contraire l'absence d'arthrose aux genoux gauche et droit. On peut certes être tenté d'objecter que sur ce point, le Dr E_____ s'écarte tout de même de l'appréciation que l'expert M_____ a faite en 2022. Cependant, les suites opératoires des greffes méniscales à moyen terme, que le Dr E_____ a documentées – via son examen clinique du 1er septembre 2025 et, surtout, les radiographies du 15 septembre 2025 – constituent des éléments objectivement vérifiables que l'expert M_____ ne pouvait nécessairement pas connaître au moment de son appréciation et qui sont suffisamment pertinents pour que l'on considère qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant ne présentait pas de gonarthrose à la date de la décision litigieuse. S'agissant enfin du droit à une IPAI, point sur

lequel ni l'expert M_____ ni aucun autre médecin ne se prononce à la lumière de l'état de fait prévalant à la date précitée, le Dr E_____ explique de manière claire que l'examen médical des deux genoux, qui était normal en 2025, ne remplit pas, en l'état, les conditions d'octroi d'une telle indemnité et que la médecine actuelle ne dispose pas de recul suffisant pour prédire « à distance » les résultats de greffes méniscales, étant donné qu'il s'agit d'une technique nouvelle. À la lumière de l'art. 36 al. 4 OLAA, la prudence affichée par le Dr E_____ n'apparaît pas critiquable. Elle signifie simplement que les aggravations futures ne peuvent pas être prises en compte dès la première évaluation de l'IPAI faute d'être établies au degré de la vraisemblance prépondérante et qu'il incombera au recourant, si une aggravation ultérieure importante se produit, de demander une « révision » au sens de l'art. 36 al. 4 OLAA, deuxième phrase, OLAA (cf. ci-dessus : consid. 9.1). La décision attaquée apparaît donc conforme au droit en tant qu'elle refuse également l'octroi d'une IPAI au recourant. 10. Il s'ensuit que le recours ne peut qu'être rejeté. La procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGa a contrario).

A/3844/2025 - 40/40 - 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.