

# **GE\_GERICHTE ATAS/305/2018 vom 11. April 2018**

GE Cour de justice, 2018-04-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_305\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_305_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/305/2018 du 11 avril 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/305/2018 del 11 aprile 2018

## **Erwägungen**

### **E. 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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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. 2**

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 de la recourante 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.

### **E. 3**

a. Aux termes de l'art. 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (al. 1). Les art. 38 à 41 sont applicables par analogie (al. 2). Si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (art. 38 al. 1 LPGA). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3, 1ère phrase LPGA). b. Datée du 20 avril 2017, la décision entreprise a été reçue le lendemain par le recourant, de sorte que le délai de recours a commencé à courir le 22 avril 2017 et est arrivé à échéance le dimanche 21 mai 2017. Le terme du délai a ainsi été reporté au premier jour ouvrable suivant. Posté le lundi 22 mai 2017, le recours a été interjeté en temps utile. Respectant également les formes prescrites par la loi, il est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

A/2232/2017 - 13/24 -

### **E. 4**

Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant, en particulier son droit à une rente d'invalidité et le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui doit lui être accordée pour les suites organiques de l'accident du 10 octobre 2011. Non contestée par voie d'opposition en tant qu'elle nie tout droit à des prestations d'assurance du fait de « troubles psychogènes », la décision du 20 février 2017 est entrée en force sur ce point (cf. ATF 119 V 347 consid. 1b).

## **E. 5**

a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, 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). 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). b. 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 (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). c. Il ressort de l'art. 19 al. 1 LAA que 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. Cette disposition délimite temporellement le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a). En dérogation à ce principe, l'art. 21 al. 1 LAA prévoit que lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire notamment lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle (let. a), d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci (let. b) ou lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c).

## **E. 6**

a. La plupart des éventualités assurées (notamment la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale)

A/2232/2017 - 14/24 - supposent l'instruction de faits d'ordre médical (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). 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, 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). c. 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). c/aa. 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). c/bb. 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 suffisants 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 ; il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la

A/2232/2017 - 15/24 - procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). c/cc. 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 peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée entre eux (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1).

## **E. 7**

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 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). 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 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n.

## **E. 10**

a. En l'espèce, l'intimée a fixé le degré d'invalidité en comparant le revenu sans invalidité que le recourant aurait obtenu auprès de son employeur en 2017 avec un revenu d'invalidé de CHF 58'811.-, réalisable en 2016 sur la base de cinq DPT tenant compte des limitations fonctionnelles retenues par la Dresse K\_\_\_\_\_. Elle s'est fondée, plus précisément, sur les DTP n° 3305 (monteur de modules, Renens), n° 12845863 (cariste, Plan-les-Ouates), n° 15831822 (employé d'atelier emballage, Carouge), n° 491288 (ouvrier de fabrication sur

machines) et n° 2260 (montage, câblage/tt). En outre, elle a fait état de cent-vingt-sept postes pouvant entrer en considération dans les cantons de Genève et Vaud selon les limitations fonctionnelles dont souffre le recourant et a indiqué les salaires minimum, maximum et moyen. Sur cette base, elle a admis un revenu d'invalidé de CHF 58'811.- par année dans la décision du 20 février 2017 ainsi que dans la décision entreprise. Le recourant ne soulève aucune objection sur le choix et la représentativité des DPT dans le cas concret, bien qu'il ait eu la possibilité de consulter ces dernières, notamment au stade de son opposition à la décision du 20 février 2017. En revanche, il fait valoir, d'une part, que l'intimée n'explique pas pour quels motifs la décision entreprise ne se fonde pas sur les ESS et, d'autre part, qu'il n'est pas concevable qu'en se basant sur un même état de fait, l'accident du 10 octobre 2011, l'intimée et l'OAI parviennent à un taux d'invalidité de 7.31%, respectivement 45.38%. On rappellera, à titre liminaire, que la différence mise en exergue s'explique pour l'essentiel par une appréciation différente de l'exigibilité retenue par le SMR d'une part et la Dresse K\_\_\_\_\_ d'autre part. Cela étant, au regard de la valeur probante de l'appréciation de ce médecin d'arrondissement (cf. ci-dessus : consid. 8), il n'y a pas lieu de remettre en question ses conclusions quant à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Quant à la détermination du revenu d'invalidé, au moyen des ESS pour l'OAI, respectivement des DPT pour l'intimée, on ne saurait faire grief à l'intimée de n'avoir pas motivé son choix, les deux méthodes étant admises sans que la jurisprudence n'exprime de préférence pour l'une ou l'autre

A/2232/2017 - 19/24 - (cf. ci-dessus : consid. 9c/bb.). Enfin, en tant que le recourant se plaint d'une violation du principe d'uniformité de la notion d'invalidité en matière d'assurances sociales, il y a lieu de rappeler que l'ancien Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative à ce principe en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3 p. 368; la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité a également été admise: ATF 133 V 549 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_445/2015 du 9 mai 2016 consid. 3). L'intimée était par conséquent en droit de procéder à l'évaluation de l'invalidité du recourant indépendamment du projet de décision de l'OAI du 23 décembre 2016. b/aa. Le recourant ne contestant ni les DPT sélectionnées par l'intimée, ni le revenu d'invalidé, il n'y a pas lieu de s'écarter du montant de celui-ci (CHF 58'811.-). b/bb. S'agissant du revenu sans invalidité, il apparaît que l'OAI a considéré que celui-ci aurait atteint CHF 62'315.- par an en 2015 alors que de son côté, les informations que l'employeur a transmises à l'intimée font état d'un revenu annuel qui se serait élevé à CHF 62'605.- la même année (soit treize mensualités de CHF 4'785.- et participation annuelle de CHF 400.- à la caisse maladie ; pièce 265 intimée), respectivement CHF 63'130.- en 2016 (treize mensualités de CHF 4'810.- et participation annuelle de CHF 600.- à la caisse maladie) et CHF 63'455.- en 2017 (CHF 4'835.- x 13 et participation annuelle de CHF 600.- à la caisse maladie ; pièce 375 intimée). Après examen, il s'avère que l'OAI a indexé à 2015 le revenu que le recourant réalisait en 2011 (CHF 60'775.-) selon l'évolution des salaires en termes nominaux (ISS en 2011 : 2'171 et en 2015 : 2'226 ; soit CHF 60'775.- x 2'226 / 2'171). Dès lors que l'employeur a communiqué à l'intimée, annuellement et de manière précise, les augmentations dont le recourant aurait bénéficié de 2012 à 2017, le choix de se fonder sur ces communications et non sur les données statistiques de l'ISS satisfait à l'objectif d'évaluation du revenu sans invalidité de la manière la plus concrète possible (cf. ci-dessus : consid. 9c/aa) et ne prête donc pas le flanc à la critique. b/cc. La décision entreprise ne saurait toutefois être suivie en tant qu'elle compare le revenu sans

invalidité que le recourant aurait réalisé auprès de son employeur en 2017 au revenu d'invalidé résultant des DPT effectuées en 2016, c'est-à-dire en se basant sur des moments différents (cf. ci-dessus : consid. 9b). Dans la mesure où l'état de santé était considéré comme stabilisé au plus tard lors de l'examen final par la Dresse K\_\_\_\_\_, soit le 25 avril 2016 et que le droit (hypothétique) à une rente est né à partir de ce moment (cf. ci-dessus : consid. 5c), il convient de se fonder sur l'année 2016 pour fixer le revenu sans invalidité et le revenu d'invalidé. Le premier s'élevant à CHF 63'130.- (cf. ci-dessus : consid. 10b/bb) et le second à CHF 58'811.-, la comparaison de ces deux revenus aboutit à un taux d'invalidité de 7% ( $100 - [58'811 \times 100 / 63'130] = 6.84\%$ , arrondi au pourcent supérieur ; ATF 130 V 121 consid. 3.2), de sorte que la décision entreprise demeure correcte quant à son résultat (taux d'invalidité de 7.31%, arrondi à 7%). Par conséquent,

A/2232/2017 - 20/24 - il convient de confirmer cette dernière en tant qu'elle refuse tout droit à une rente d'invalidité au recourant.

## **E. 11**

a. Il reste à examiner le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle (IPAI). Le recourant conteste le taux de 30% retenu par l'intimée et conclut à ce qu'il soit augmenté à 50%. 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). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009, consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références; voir aussi ATF 125 II 169 consid.

2d). b. Selon l'art. 36 OLAA édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie

A/2232/2017 - 21/24 - (al. 1, 1ère phrase); elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2ème phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique ou mentale, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1ère phrase). Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 p. 415; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2).

### **E. 12**

Depuis janvier 2016, le montant maximal du gain assuré s'élève à CHF 148'200.- par an et CHF 406.- par jour (art. 22 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 [OLAA ; RS 832.202]). Entre le 1er janvier 2008 et le 31 décembre 2015, ce montant s'élevait à CHF 126'000.- par an et CHF 346.- par jour (art. 22 al. 1 aOLAA [RO 2007 p. 3667]).

### **E. 13**

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). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte. On procédera de même lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5 % serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires – à l'exception des moyens servant à la vision (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2 de l'annexe 3). 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](http://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/2232/2017 - 22/24 - Lorsqu'une atteinte à l'intégrité ne figure ni à l'annexe 3 à l'OLAA, ni dans les tables de la SUVA, il convient de l'apprécier en la comparant à d'autres atteintes (ATF 113 V 218 consid. 3 ; Alexandra RUMO-JUNGO, André Pierre HOLZER,

Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4ème éd. 2011, in MURER/STAUFFER [éd.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht). L'annexe 3 à l'OLAA ne traite pas spécifiquement de l'atteinte subie par le recourant. Elle se borne à prévoir que la perte d'une jambe au niveau du genou donne droit à une IPAI au taux de 40%, ce pourcentage passant à 50% en cas de perte d'une jambe au-dessus du genou. La table 5.2 de la SUVA relative à l'indemnisation des atteintes à l'intégrité résultant d'arthroses est subdivisée en cinq colonnes (arthrose moyenne [1], arthrose grave [2], résection/arthrodèse [3], endoprothèse avec résultat bon [4], endoprothèse avec résultat mauvais [5]). Selon la jurisprudence, l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité en cas d'implantation de prothèses ou d'endoprothèses doit reposer sur l'état de santé non corrigé, comme en cas de remise d'un moyen auxiliaire, à l'exception des moyens servant à la vision (cf. ch. 1 de l'annexe 3 à l'OLAA; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_542/2012 du 8 juillet 2013 consid. 7.2 et les références citées). Les indications figurant dans la table 5.2 de la SUVA précisent que pour les prothèses implantées directement après l'accident (endoprothèses primaires), les colonnes 5 et 6 (recte : 4 et 5) demeurent applicables. S'agissant des types d'arthrose du genou, la table 5.2 fait une distinction entre les arthroses fémoro-patellaire, fémoro-tibiale et la pangonarthrose du genou.

#### **E. 14**

En l'espèce, le recourant s'est vu implanter une prothèse totale du genou près de deux ans après l'accident. Partant, seules les deux premières colonnes du tableau entrent en considération. Selon le rapport du 26 juin 2012 du Dr H\_\_\_\_\_, le recourant avait développé une importante arthrose du compartiment externe, soit une arthrose fémoro-tibiale (cf. <http://www.genou.com/arthrose/arthrose.htm>) à la suite de l'ostéosynthèse du 14 octobre 2011. Pour ce type d'arthrose, la table 5.2 prévoit une IPAI comprise dans une fourchette de 5 à 15% en cas d'arthrose moyenne (colonne 1) et de 15 à 30% en cas d'arthrose grave (colonne 2). Par conséquent, en fixant l'IPAI à 30% dans le cas d'espèce, la Dresse K\_\_\_\_\_ a retenu le taux maximal pouvant entrer en considération à la lumière de ces valeurs indicatives. Pour sa part, le recourant ne produit pas de rapport divergeant se prononçant sur la question spécifique de l'IPAI. Pour prétendre à une indemnisation plus élevée, il fait valoir en substance qu'il devrait composer avec des douleurs et des limitations fonctionnelles sa vie durant. Dans la mesure où ces éléments sont consubstantiels à toute IPAI (cf. ci-dessus : consid. 11a), l'argumentation du recourant est dénuée de pertinence.

A/2232/2017 - 23/24 - En conséquence, la décision entreprise sera également confirmée en tant qu'elle fixe l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à CHF 37'800.-, soit 30% du montant du gain maximum assuré en 2011 (art. 25 al. 1 LAA). Étant donné que le recourant reconnaît avoir déjà reçu ce montant (cf. aussi pièce 406, p. 19 intimée), l'intimée ne lui doit plus rien à ce titre.

#### **E. 15**

Au regard de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

#### **E. 16**

Vu l'issue donnée au recours, aucune indemnité de procédure ne sera allouée au recourant (art. 61 let. g LPGA et art. 89H al. 3 LPA a contrario). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

\*\*\*\*\*

A/2232/2017 - 24/24 - 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.