

GE_GERICHTE ATAS/449/2021 vom 12. Mai 2021

GE Cour de justice, 2021-05-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_449_2021

FR: GE_GERICHTE ATAS/449/2021 du 12 mai 2021

IT: GE_GERICHTE ATAS/449/2021 del 12 maggio 2021

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), la chambre des assurances sociales de la Cour

A/69/2020 - 11/29 - 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

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. 3

Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident (du 27 mai 2016) est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

E. 4

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). La conclusion préalable du recourant tendant à la production par l'intimée du rapport du Dr H_____ du 22 juillet 2019 est devenue sans objet, dès lors que celle-ci a transmis le dossier du recourant incluant ce document et que ce dernier a pu prendre connaissance de l'intégralité de son dossier, dans le cadre de la présente procédure.

E. 5

Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant, ainsi que sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

E. 6

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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 LPGGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). 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).

E. 7

Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) à 10 % au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 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

A/69/2020 - 12/29 - réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). Le point de savoir si l'on est en présence d'une amélioration sensible de l'état de santé se détermine en particulier en fonction de l'accroissement ou du rétablissement de la capacité de travail en tant que celle-ci est diminuée par l'accident assuré. L'emploi du qualificatif « sensible » à l'art. 19 al. 1 LAA signifie ainsi que l'amélioration qui est attendue d'un traitement médical (approprié) au sens de l'art. 10 al. 1 LAA doit être d'une certaine importance; des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3). 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 ex. (cf. 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 prévisionnelle 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).

E. 8

a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). 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 LPGGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux

importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de

A/69/2020 - 13/29 - l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). 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). 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. 3b/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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 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. 9

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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 126 V 319 consid. 5a).

A/69/2020 - 14/29 -

E. 10

kg, les déplacements dans les escaliers, la montée sur une échelle ainsi que les accroupissements répétés. Ces conclusions, prises à l'issue d'un examen clinique du recourant, dont les plaintes ont été prises en compte, complété par l'étude du dossier, y compris les radiographies, et donc en connaissance de ses limitations, emportent la

conviction. En l'absence d'un suivi sur le plan orthopédique au jour de l'examen final le 4 juillet 2019 et d'une nouvelle intervention chirurgicale attendue – le recourant refusant la mise en place d'une prothèse du genou – l'intimée était en droit de considérer que l'état de santé de celui-ci, dont le traitement régulier consistait en la prise de comprimés antidouleur (Dafalgan) et l'utilisation d'un appareil à visée musculaire et antalgique, était stabilisé. En effet, la prise de comprimés antidouleur, soit la prescription d'une mesure thérapeutique, ayant uniquement pour effet d'atténuer passagèrement les plaintes liées à un état stationnaire en soi, ne fait pas obstacle à la clôture du cas par l'assureur (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1). Les avis des médecins traitants ne sauraient remettre en cause le rapport précité du Dr H_____. En effet, dans ses rapports des 25 septembre et 18 octobre 2017, sur la base desquels l'OAI a rendu sa décision du 25 avril 2019 mettant le recourant au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, la Dresse E_____ ne fait pas état d'éléments objectivement vérifiables, de nature clinique ou diagnostique, qui auraient été ignorés par le médecin d'arrondissement. Les limitations fonctionnelles qu'elle a retenues (soit un travail uniquement en position assise, sans déplacement) ne diffèrent pas de celles énumérées par le Dr H_____. Si, à l'époque, la médecin

A/69/2020 - 15/29 - traitante avait constaté des douleurs importantes et un genou tuméfié avec une atrophie de la cuisse gauche, ainsi qu'une limitation dans la flexion extension, le médecin d'arrondissement, par contre, n'a pas observé de tuméfaction ou une atrophie lors de son examen final. Il a relevé que la marche s'effectuait avec une discrète boiterie à plat, que la mobilité du genou gauche était limitée en flexion à 120° et que le recourant, qui pouvait soulever sa jambe gauche contre résistance, présentait un point douloureux en étau sur la face antérieure du tibia avec un début d'évitement d'une pression douloureuse à partir du mi-mollet, ce qui entraînaient les limitations fonctionnelles décrites ci-dessus. La Dresse E_____ ne met donc pas en évidence d'élément qui justifierait que l'on se distancie de l'appréciation du Dr H_____. Le SMR, pour sa part, s'est essentiellement fondé sur les rapports des médecins traitants, ainsi que sur les arrêts de travail établis par ces derniers, pour fixer la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Or, ni les arrêts de travail à 100 % – sur la base desquels le recourant percevait ses indemnités journalières LAA –, ni le rapport des HUG du 23 novembre 2017 ou le rapport du chirurgien du 1er février 2018 ne spécifient la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Quant aux rapports des médecins traitants des 11 et 21 février et 30 mars 2020, sur la base desquels le SMR, puis l'OAI, dans le cadre de la révision de la rente du recourant, ont maintenu leurs conclusions antérieures, ils font état d'une aggravation de douleurs à la jambe gauche quelle que soit la position adoptée par le recourant, constatée lors des consultations ayant eu lieu entre février et mars 2020, soit un fait nouveau postérieur à la décision querellée du 5 décembre 2019. Aussi la chambre de céans ne saurait-elle en tenir compte. En effet, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Enfin, contrairement à ce que prétend le recourant dans son écriture du 11 mars 2021, le Dr H_____ n'a pas indiqué que celui-ci était inapte à exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il a uniquement souligné que la douleur alléguée comme étant majeure au jour de l'examen final représentait un frein à la réinsertion professionnelle. Or, l'administration ou le juge, en

cas de recours, s'appuie sur des rapports médicaux – probants – pour pouvoir établir le droit à des prestations, et non pas sur l'appréciation subjective de l'assuré sur son état de santé et son incapacité de travail. Par conséquent, vu que l'OAI n'a pas mis en œuvre de mesures de réadaptation, l'intimée était fondée à examiner les conditions du droit éventuel à une rente d'invalidité dès le 1er octobre 2019. À cet effet, la chambre de céans admet, avec le

A/69/2020 - 16/29 - Dr H_____, que le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

E. 11

Il convient à présent d'examiner le degré d'invalidité présenté par le recourant.

E. 12

a. 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). b. 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). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; 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 et ATF 128 V 174). c. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Selon la jurisprudence, on peut recourir aux données statistiques résultant de l'ESS pour fixer le revenu sans invalidité lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I.168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B.80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

A/69/2020 - 17/29 - d. Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu

d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 135 V 297 consid. 5.2; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). 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). 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 126 V 75 consid. 5b/aa-cc), étant toutefois précisé que le Tribunal fédéral a laissée ouverte la question de savoir si, dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, le critère de l'âge constitue un critère d'abattement ou si l'influence de l'âge sur la capacité de gain doit être prise en compte uniquement dans le cadre de la réglementation particulière de l'art. 28 al. 4 OLAA; cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_661/2018 du 28 octobre 2019 consid. 3.3.4.2 et 8C_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.2 et les références citées) – disposition qui commande de faire abstraction du facteur de l'âge pour les deux termes de la comparaison des revenus (arrêt du Tribunal fédéral 8C_37/2017 du 15 septembre 2017 consid. 6.1). Depuis la 10^e édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de

A/69/2020 - 18/29 - compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_skill_level de l'ESS 2012; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils

électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (arrêt du Tribunal fédéral 9C_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1 et les références). e. L'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 15/06 du 21 décembre 2006 consid. 2.2). La notion d'invalidité, définie à l'art. 8 LPGA, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2d ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.853/05 du 28 décembre 2006 consid. 4.1.1). Si le Tribunal fédéral a confirmé le caractère uniforme de la notion d'invalidité dans les différentes branches d'assurance, il a renoncé à la pratique consistant à accorder en principe plus d'importance à l'évaluation effectuée par l'un des assureurs sociaux, indépendamment des instruments dont il dispose pour instruire le cas et de l'usage qu'il en a fait dans un cas concret. Certes, il faut éviter que des assureurs procèdent à des évaluations divergentes dans un même cas. Mais même si un assureur ne peut en aucune manière se contenter de reprendre, sans plus ample examen, le taux d'invalidité fixé par un autre assureur, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Toutefois, il convient de s'écarter d'une telle évaluation lorsqu'elle repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore lorsqu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. À ces motifs de divergence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité. Enfin, un assureur social ne saurait être contraint, par le biais des règles de coordination de l'évaluation de l'invalidité, de répondre de risques qu'il n'assure pas, notamment, pour un assureur-accidents, une invalidité d'origine malade non-professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.406/01 du 28 novembre 2002 consid. 1.2).

A/69/2020 - 19/29 -

E. 13

a. En l'espèce, pour les motifs exposés au consid. 10 ci-dessus, c'est à juste titre que l'intimée ne s'est pas référée au degré d'invalidité établi par l'OAI, et a procédé à sa propre évaluation. b. Pour la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente de l'assurance-accidents (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.311/02 du 4 février 2003 consid. 4.1), soit en l'occurrence le 1er octobre 2019, dès lors que l'état de santé de recourant a été considéré comme stabilisé au 30 septembre 2019 (art. 19 al. 1 LAA). La comparaison des revenus doit donc se faire au regard de cette année-là. c/aa. S'agissant de la détermination du revenu annuel sans invalidité, le recourant se prévaut de l'art. 24 al. 1 OLAA, aux termes duquel si, au cours de l'année qui précède l'accident, le salaire de l'assuré a été réduit par suite de service militaire, de service civil, de service de protection civile, ou par suite d'accident, de maladie, de maternité, de chômage ou de réduction de l'horaire de travail, le gain assuré est celui que l'assuré aurait reçu sans la survenance de ces éventualités. Cette disposition a été édictée conformément à la délégation de compétence de l'art. 15 al. 3 LAA, selon lequel le Conseil fédéral édicte des prescriptions sur le gain assuré pris en considération dans des cas spéciaux. En vertu de l'art. 15 al. 1 et 2 LAA, les indemnités journalières et les rentes sont calculées d'après le gain assuré, c'est-à-dire le dernier salaire que l'assuré a reçu avant l'accident s'agissant des indemnités journalières, le salaire réalisé durant l'année précédant l'accident pour les rentes. La rente d'invalidité s'élève à 80 % du gain assuré (art. 20 al. 1 LAA). L'autorité exécutive a exhaustivement déterminé les cas spéciaux à l'art. 24 OLAA

(pour les rentes). Cette disposition a pour but d'atténuer la rigueur de la règle du dernier salaire reçu avant l'accident lorsque cette règle pourrait conduire à des résultats inéquitables ou insatisfaisants (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.212/02 du 19 avril 2004 consid. 3.2 et les références). En l'occurrence, c'est à tort que le recourant invoque l'art. 24 al. 1 OLAA, dès lors que cette disposition est pertinente pour la détermination du montant du gain assuré (permettant d'établir le montant de la rente d'invalidité) – et non pas du revenu sans invalidité – lorsque l'assuré a subi une perte de salaire dans l'année de référence en raison de l'une des éventualités énumérées (ATF 137 V 405 consid. 4.4), entre autres en cas de chômage (cf. ATAS/332/2019 du 15 avril 2019 consid. 12 et 13). c/bb. Cela étant précisé, lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le revenu sans invalidité doit être établi sur la base des données statistiques. Autrement dit, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide (arrêt du Tribunal fédéral 9C_725/2015 du 5 avril 2016 consid. 4.1 et les références).

A/69/2020 - 20/29 - En l'espèce, il ressort de la lettre de licenciement du 25 avril 2014 que les motifs ayant conduit à la résiliation du contrat de travail du recourant au 30 avril 2014 étaient de nature économique. L'employeur a de plus mentionné avoir mis fin aux rapports de travail, car la collaboration n'était plus aussi harmonieuse qu'auparavant, sans que cela ait été mis en relation avec l'état de santé du recourant. Du reste, selon les pièces au dossier, ce dernier ne souffrait pas de problèmes médicaux à cette époque. Celui-ci a donc perdu son emploi pour des facteurs étrangers à l'invalidité, de sorte que, conformément à la jurisprudence précitée, le revenu qu'il percevait auprès de son dernier employeur n'est pas déterminant, puisque dans ce cas de figure, et indépendamment de la survenance de son incapacité de travail dès le 27 mai 2016, le recourant n'aurait vraisemblablement pas continué à travailler auprès de la même entreprise qui l'employait et n'aurait en conséquence pas pu prétendre au salaire qu'il y aurait réalisé. En pareilles circonstances, le revenu sans invalidité peut être déterminé sur la base de données statistiques, comme l'a fait l'intimée (voir en ce sens : arrêts du Tribunal fédéral 9C_500/2020 du 1er mars 2021 consid. 4 ; 9C_376/2017 du 30 octobre 2017 consid. 5.4). Contrairement à ce que fait valoir le recourant, on ne peut donc pas se fonder sur le salaire qu'il touchait auprès de son dernier employeur, ni inclure dans les données statistiques les primes et commissions de vente qu'il percevait à l'époque. En effet, on ne peut pas établir au degré de la vraisemblance prépondérante que, sans la survenance de l'accident le 27 mai 2016, le recourant aurait nécessairement retrouvé un poste similaire à celui qu'il occupait jusqu'au 30 juin 2014, assorti d'une rémunération équivalente (englobant les paiements spéciaux) à celle qui était la sienne jusqu'alors, dès lors que l'accident est survenu près de deux ans après son licenciement, et plus particulièrement un mois avant la fin de son droit aux indemnités de chômage le 30 juin 2016. c/cc. En ce qui concerne l'année de référence des tableaux statistiques à appliquer, l'ESS 2018 a été publiée le 21 avril 2020 ; l'ESS 2016, le 26 octobre 2018. Dès lors qu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit le 5 décembre 2019, l'intimée ne disposait pas des données 2018, le salaire sans invalidité doit être déterminé sur la base des données 2016 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3) et être indexé jusqu'à la date de l'ouverture du droit à la rente, soit le 1er octobre 2019 (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2). À cet effet, dans la mesure où le recourant travaillait dans la vente de véhicules d'occasion, il y a lieu de se référer à la ligne 45 « commerce de gros; commerce et réparations d'automobiles » de l'ESS 2016 (tableau

TA1_tirage_skill_level, secteur privé), qui comprend le commerce de gros/détail de véhicules neufs ou usagés à teneur de la nomenclature générale des activités économiques (NOGA 2008), publiée par l'OFS, (cf.

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/industrie->

A/69/2020 - 21/29 -

[services/nomenclatures/noga/publications-noga-2008.assetdetail.344103.html](https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/industrie-services/nomenclatures/noga/publications-noga-2008.assetdetail.344103.html), p. 129-130).

Le recourant a occupé la fonction de chef de vente du 1er février au 31 décembre 2008 auprès de I_____, et celle de responsable du parc de voitures d'occasion du 1er février 2003 au 31 janvier 2008, puis du 1er janvier 2009 au 30 juin 2014 au sein de Garage C_____ SA, son dernier employeur, où il était chargé de la gestion de la vente/reprise des véhicules d'occasion, y compris lors des expositions extérieures, comme le salon de la voiture d'occasion (cf. curriculum vitae et certificat de travail du 30 juin 2014). Compte tenu des tâches qu'il assumait (poste à responsabilité) grâce à ses qualifications acquises au cours de son expérience (dix-onze ans), il se justifie que le recourant soit placé au niveau de compétence 3, et non pas 2 comme l'a fait l'intimée. À titre d'exemple, le Tribunal fédéral a retenu le niveau de compétence 3 pour déterminer le revenu sans invalidité d'un assuré qui travaillait en tant que responsable informatique avant son accident (arrêt 8C_732/2019 du 19 octobre 2020 consid. 4.4). Ainsi, le salaire statistique mensuel pour un homme actif dans ce secteur est de CHF 7'021.-, correspondant au montant annuel de CHF 84'252.- ($7'021 \times 12$). Cette somme, indexée à 2019 selon l'Indice des salaires nominaux pour les hommes (tableau T1.1.10, publié par l'OFS ;

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/travail-remuneration/salaires-revenus-cout-travail/evolution-salaires.assetdetail.16904716.html>) dans la branche économique concernée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_821/2019 du 14 octobre 2020 consid. 4.4.2), s'élève à CHF 85'096.53 (+ 0,4 % en 2017 ; + 0,6 % en 2018 ; + 0 % en 2019 ; soit $84'252.- + 337.-$ en 2017 = $84'589.- + 507.53$ en 2018 = $85'096.53 + 0.-$ en 2019 = 85'096.53). Ce montant correspond à un horaire de travail de 40 heures, de sorte qu'il doit être adapté à l'horaire usuel de la semaine dans la branche économique concernée en 2019 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_480/2016 du 10 novembre 2016 consid. 6.2), soit 42,3 heures (tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » publié par l'OFS, branche 45 « commerce et réparation d'automobiles et de motocycles »). On obtient dès lors un revenu sans invalidité de CHF 89'989.60 (= $85'096.53 \times 42,3 / 40$) en 2019. d. S'agissant du revenu avec invalidité en 2019, dès lors que le recourant n'a pas repris d'activité professionnelle, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base des statistiques salariales figurant dans l'ESS 2016 (cf. consid. 13c/cc ci-dessus). Pour ce faire, on se réfère à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant sur la valeur médiane ou centrale de la table TA1_tirage_skill_level, ligne « total » (ATF 124 V 321 consid. 3b). Le salaire de référence est celui que peuvent prétendre des hommes au niveau de compétence 2, dès lors qu'en égard à son parcours professionnel, le recourant peut, nonobstant son affection au genou gauche, effectuer des tâches administratives dans toutes les entreprises du secteur

A/69/2020 - 22/29 - privé (voir arrêt du Tribunal fédéral 8C_46/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.4 à titre d'exemple). Il convient ainsi de retenir un revenu mensuel de CHF 5'646.- (TA1 2016, total, niveau de compétence 2, homme), soit un revenu annuel de CHF 67'752.- ($5'646 \times 12$). Ce salaire hypothétique se base toutefois sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises. Il convient dès

lors de l'ajuster à la durée hebdomadaire normale de travail en 2016 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1), laquelle est de 41,7 heures (tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'OFS), ce qui porte le revenu annuel à CHF 70'631.46 (CHF 67'752.- × 41,7 / 40). Après adaptation de ce montant à l'évolution des salaires nominaux pour les hommes en 2019 – année déterminante pour la comparaison des revenus – (+ 0,4 % en 2017 ; + 0,5 % en 2018 et + 0,9 % en 2019 selon la ligne « total » de la table T1.1.10 publiée par l'OFS), le revenu avec invalidité s'élève à CHF 71'909.98 (CHF 70'631.46 + 282.52 en 2017 = 70'913.99 + 354.57 en 2018 = 71'268.56 + 641.42 en 2019 = 71'909.98) pour un plein temps, et non à CHF 71'624.90 comme retenu à tort par l'intimée. e. À ce salaire, l'intimée a opéré un abattement de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant. Il convient d'examiner si un facteur de réduction supplémentaire doit s'appliquer, comme le souhaiterait celui-ci. e/aa. Selon la jurisprudence, l'âge de l'assuré ne constitue pas per se un facteur de réduction du salaire statistique. Autrement dit, il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. Le Tribunal fédéral a insisté sur ce point et affirmé que l'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels, tels que la formation et l'expérience professionnelle de l'assuré concerné (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5 et les références citées). En l'occurrence, pour autant que ce critère soit déterminant en assurance-accidents, l'âge du recourant (né le 17 février 1960), soit 59 ans au moment déterminant du droit à la rente le 1er octobre 2019, ne justifie pas un taux d'abattement, dès lors que le recourant est encore éloigné de l'âge à partir duquel le Tribunal fédéral reconnaît généralement que ce facteur peut être déterminant et nécessite une approche particulière (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_175/2020 du 22 septembre 2020 consid. 4.2 rendu en matière d'assurance-accidents, qui concerne un assuré âgé – comme en l'espèce – de 59 ans au moment de la naissance du droit à la rente).

A/69/2020 - 23/29 - De toute manière, le recourant a, durant sa longue activité en tant que chef de vente auprès de I_____, et en qualité de responsable du parc de voitures d'occasion au sein de Garage C_____ SA, acquis des connaissances et des compétences dans le domaine administratif, compatibles avec ses limitations fonctionnelles. Il n'y a ainsi pas d'indices suffisants pour retenir qu'un tel âge représente un facteur pénalisant par rapport aux autres travailleurs valides de la même catégorie d'âge, eu égard à ses bonnes qualifications professionnelles (cf. en ce sens : arrêt du Tribunal fédéral 8C_439/2017 du 6 octobre 2017 concernant un assuré ayant atteint 62 ans à la naissance du droit à la rente). e/bb. Contrairement à ce que fait valoir le recourant, l'éloignement du marché du travail ne constitue pas un facteur d'abattement au sens de la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_273/2019 du 18 juillet 2019 consid. 6.3 et la référence). e/cc. En s'appuyant sur le rapport du Dr G_____ du 21 janvier 2019, le recourant conteste pouvoir travailler en position assise compte tenu de ses douleurs au genou gauche, si bien que, selon lui, une réduction supplémentaire du revenu d'invalidé devrait être appliquée. Or, outre le fait que ce médecin n'a pas constaté de douleur à la palpation de ce genou, il n'a, quoi qu'en dise le recourant, pas mentionné que ce dernier serait inapte à exercer une activité adaptée en position assise en raison des douleurs alléguées. Au demeurant, postérieurement audit rapport, le recourant a été examiné par le Dr H_____, lequel a conclu, de manière

probante, que celui-ci pouvait effectuer une activité adaptée en position assise en dépit des douleurs au genou gauche. Partant, les douleurs éprouvées par le recourant dans cette position ne justifie pas une réduction du salaire statistique. Du reste, on se demande si c'est à juste titre que l'intimée a opéré un abattement de 10 % sur le salaire statistique pour tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant. En effet, les limitations fonctionnelles du recourant consistent dans le port répété de charges supérieures à 10 kg, les déplacements dans les escaliers, la montée sur une échelle ainsi que les accroupissements répétés. Celui-ci peut travailler en position assise et il ne présente pas de restrictions au niveau des membres supérieurs. Force est dès lors de constater que l'exercice d'une activité administrative est parfaitement compatible avec les limitations précitées, activité que le recourant est apte à réaliser à plein temps sans diminution de rendement, de l'avis probant du Dr H_____. Dès lors que l'activité adaptée entrant en ligne de compte ici respecte les restrictions physiques du recourant, une déduction sur le salaire statistique ne se justifie pas pour tenir compte des circonstances liées à son handicap. En effet, la question de savoir s'il se justifie de procéder à un abattement sur le salaire statistique à ce titre dépend de la nature des limitations fonctionnelles présentées. Une réduction pour ce motif n'entre en considération que si, dans un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles

A/69/2020 - 24/29 - à l'assuré (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_661/2018 du 28 octobre 2019 consid. 3.3.4.3. et la référence). Or, in casu, des emplois administratifs existent dans différents domaines du secteur privé. e/dd. Contrairement à ce que pense le recourant, l'absence de formation complète dans le secteur automobile n'est pas pertinente, car elle est étrangère à la notion d'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral 8C_132/2017 du 5 septembre 2017 consid. 4.2; 9C_474/2010 du 11 avril 2011 consid. 3.2). La difficulté à trouver une activité dans le domaine de l'automobile (en raison de la crise du coronavirus) n'est pas non plus susceptible d'influer sur ses perspectives salariales. L'expérience administrative que celui-ci a acquise dans ce domaine particulier n'exclut en rien la mise en valeur de cette expérience dans d'autres domaines du secteur privé (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_868/2009 du 22 avril 2010 consid. 3.3). e/ee. Enfin, en ce qui concerne la prise en compte d'un abattement lié aux années de service, elle ne se justifie pas dans le cadre du choix du niveau de compétence 1 de l'ESS 2012, l'influence de la durée de service sur le salaire étant peu importante dans cette catégorie d'emplois qui ne nécessitent ni formation ni expérience professionnelle spécifique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). Il en va toutefois différemment à partir du niveau de compétence 2 s'agissant d'emplois qualifiés dans lesquels l'expérience professionnelle accumulée auprès d'un même employeur est davantage valorisée. Ainsi, le Tribunal fédéral a admis un abattement de 5 % pour un assuré qui subissait un désavantage salarial à ce titre par rapport aux autres employés qualifiés du niveau de compétence 2, dans la mesure où il se trouvait en situation de réintégration professionnelle après plus de trente-cinq ans de service auprès du même employeur (arrêt 8C_46/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.4). Dans l'arrêt 9C_55/2018 du 30 mai 2018 (rendu en matière d'assurance-invalidité), le Tribunal fédéral a considéré que la juridiction cantonale n'avait pas excédé ou abusé de son pouvoir d'appréciation en retenant, entre autres, comme motifs de réduction l'éventuelle perte au niveau de l'ancienneté pour une assurée qui, avant son arrêt de travail, avait travaillé auprès de son ancien employeur pendant dix ans (consid. 4.3). Dans l'ATAS/631/2017 du 12 juillet 2017 (consid. 10c.), confirmé par le Tribunal fédéral (8C_610/2017), aucun abattement n'a été appliqué sur le salaire statistique pour un assuré ayant travaillé (dès 2004) au service de

son ancien employeur pendant neuf ans au moment de son accident (survenu le 6 janvier 2013). En l'espèce, le type de travail à la portée du recourant dans une activité adaptée en fonction de ses qualifications justifie qu'il soit placé au niveau de compétence 2. Celui-ci a travaillé au service de son ancien employeur du 1er février 2003 au 31 janvier 2008, puis du 1er janvier 2009 au 30 juin 2014, soit une durée totale de dix ans et cinq mois.

A/69/2020 - 25/29 - Dans la mesure où, pour les motifs exposés au consid. 13 e/cc. ci-dessus, l'abattement de 10 % au titre des limitations fonctionnelles semble injustifié, voire en tous les cas excessif, une réduction globale de 10 % sur le revenu d'invalidité est amplement suffisante au regard de la casuistique citée ci-dessus, compte tenu des avantages salariaux dus à l'ancienneté que le recourant aurait perdus. f. Par conséquent, le revenu d'invalidité ascende à CHF 64'718.98 (CHF 71'909.98 - CHF 7'190.998 ; $7'190.998 = 71'909.98 \times 10\%$). g. Le revenu sans invalidité de CHF 89'989.60, comparé avec le revenu avec invalidité de CHF 64'718.98, aboutit un taux d'invalidité de 28.08 % ($[89'989.60 - 64'718.98] / 89'989.60 \times 100$), arrondi à 28 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2), et non à 10 % comme retenu à tort par l'intimée. h. Il en résulte que le recourant a droit à une rente d'invalidité de 28 % (art. 18 al. 1 LAA) dès le 1er octobre 2019.

E. 14

Reste à déterminer si le recourant peut prétendre à une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure au taux de 25 % retenu par l'intimée.

E. 15

a. Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2, 1ère phrase). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1ère phrase); elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2ème phrase). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est 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

A/69/2020 - 26/29 - 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 (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). Cette disposition a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 401/06 du 12 janvier 2007 consid. 2.2). Le caractère durable de l'atteinte doit être à tout le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 124 V 29 consid. 4b/cc). Quant au caractère important de l'atteinte, le ch. 1 de l'annexe 3 à l'OLAA précise que les atteintes à l'intégrité qui sont inférieures à 5 % selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Il faut en conclure qu'une atteinte est réputée importante si elle atteint au moins ce pourcentage (Thomas FREI et Juerg P. BLEUER, Évaluation d'atteintes à l'intégrité multiples, in SUVA Medical 2012, p. 202). 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. 16

Depuis le 1er janvier 2016, le montant maximum du gain assuré s'élève à CHF 148'200.- par an et à CHF 406.- par jour (art. 22 al. 1 OLAA).

E. 17

a. 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, 1ère phrase, de l'annexe 3 à l'OLAA). 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 (ch. 1, 2ème phrase, de l'annexe 3 à l'OLAA). La Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA ou SUVA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur www.suva.ch). Ces tables n'ont pas valeur de règles

A/69/2020 - 27/29 - 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). D'après la table 5 relative au taux d'atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses, l'atteinte à l'intégrité se situe entre 15-30 % en cas d'arthrose grave fémoro-tibiale (cf.

<https://www.suva.ch/fr-CH/materiel/documentation/tableau-05-atteinte-a-l-integrite-resultant-d-arthroses>). b. Lors de la fixation de l'indemnité, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité (art. 36 al. 4, 1ère phrase, OLAA). De jurisprudence constante, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_494/2014 du 11 décembre 2014 consid. 6.2; RAMA 1998 n° U 320 p. 602 consid. 3b).

E. 18

En l'espèce, dans son rapport du 22 juillet 2019, le Dr H_____ a, après avoir étudié le dossier du recourant, y compris radiologique, et procédé à son examen clinique, indiqué, en connaissance des limitations de celui-ci, que l'atteinte actuelle consistait en une arthrose fémoro-tibial grave mécanique. Constatant que l'aspect de destruction radiologique laissait encore un interligne visible, le médecin a évalué à 25 % le taux de cette atteinte en se référant à la table 5 précitée. Les arguments soulevés par le recourant pour justifier l'octroi d'une indemnité de 50 % sont dénués de pertinence – taux qui du reste dépasse la fourchette de 15 à 30 % prévue par la table 5 d'indemnisation pour une arthrose grave fémoro-tibiale. Le recourant se contente de mentionner ne plus pouvoir pratiquer d'activité sportive, souffrir de complications consécutives aux diverses hospitalisations et éprouver des douleurs. C'est le lieu de rappeler que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité vise précisément 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. 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. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1). Force est de constater que le recourant se limite à substituer sa propre évaluation à celle du Dr H_____. Or, aucun avis médical au dossier ne procède à une évaluation divergente de son atteinte à l'intégrité ou ne permet de mettre en doute l'appréciation dudit médecin. Aussi le taux de l'atteinte à l'intégrité arrêté à 25 % sera-t-il confirmé.

A/69/2020 - 28/29 -

E. 19

Sur le vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision sur opposition du 5 décembre 2019 réformée, en ce sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 28 % dès le 1er octobre 2019.

E. 20

Le recourant obtenant partiellement gain de cause et étant assisté d'un mandataire professionnel, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), arrêtée en l'espèce à CHF 1'500.-. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/69/2020 - 29/29 - 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.