

## **GE\_GERICHTE A/1237/2015 vom 18. August 2016**

GE Cour de justice, 2016-08-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1237\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1237_2015)

FR: GE\_GERICHTE A/1237/2015 du 18 août 2016

IT: GE\_GERICHTE A/1237/2015 del 18 agosto 2016

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à MEYRIN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Daniela LINHARES recourant contre CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG intimée EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), ressortissant portugais né en mars 1971, sans formation professionnelle certifiée, marié et père de deux enfants mineurs, est arrivé en 2011 en Suisse, où il a été engagé en septembre de la même année par l'entreprise B\_\_\_\_\_ SA, en qualité de manoeuvre. Le 14 décembre 2011, l'assuré s'est déboîté le genou gauche en chutant d'un camion sur un chantier. Les suites de cet accident professionnel ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungs-anstalt ; ci-après : la SUVA). Le 17 janvier 2012, le docteur C\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste, a fait état d'une luxation antéro interne du genou gauche et d'une paralysie du nerf sciatique poplité externe. Il a attesté d'un arrêt de travail ayant débuté le 14 décembre 2011, renouvelé à diverses reprises. Le 28 décembre 2011, l'assuré a subi une première intervention chirurgicale (reconstruction du point d'angle postéro-externe et de neurolyse du nerf sciatique poplité externe), pratiquée par les docteurs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, du Service de chirurgie orthopédique des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Le 8 mars 2012, il a fait l'objet d'une seconde opération (plastie du ligament croisé antérieur par allogreffe du tendon rotulien et plastie du ligament croisé postérieur par tiers central du tendon autologue homolatéral). Le 5 juin 2012, au cours d'un entretien avec l'inspecteur des sinistres de la SUVA, l'assuré a déclaré avoir glissé du pont d'un camion en déchargeant des échafaudages et s'être réceptionné sur son seul pied gauche, ensuite de quoi son genou s'était complètement déboîté. Il ne prenait désormais plus d'antalgiques mais n'arrivait pas encore à plier complètement le genou. Il pouvait marcher pendant environ 1h30 avant que des douleurs apparaissent, qui restaient supportables. À l'issue de l'entretien, il a été convenu que l'assuré s'annoncerait à l'assurance-invalidité. Dans un rapport du 8 juin 2012, le docteur F\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics de luxation du genou gauche, rupture des ligaments croisés antérieur et postérieur, déchirure du ligament arqué et du ménisque externe et élongation du nerf poplité externe. L'évolution était favorable et la reprise du travail envisagée pour fin décembre 2012. Le 28 juin 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI). Le 16 octobre 2012, il a déclaré à un collaborateur de la SUVA que l'état de son genou gauche s'était amélioré mais que des douleurs persistaient à la mobilisation et parfois la nuit. L'assuré ayant manifesté le souhait de reprendre son activité professionnelle, une reprise du travail à titre thérapeutique a été

convenue dès la fin du mois.![endif]>![if> 10. Le 23 octobre 2012, le docteur G\_\_\_\_\_, médecin auprès des HUG, a indiqué que l'assuré ne souffrait désormais plus ni de douleurs, ni de sensation d'instabilité ; le dernier contrôle radiologique était satisfaisant. ![endif]>![if> 11. Le 7 décembre 2012, l'assuré a signalé à la SUVA que ses douleurs du genou étaient devenues insupportables, nonobstant le fait que son employeur lui avait confié des travaux légers. Son genou gauche était enflé et parfois instable. Une nouvelle intervention était prévue pour avril 2013.![endif]>![if> 12. Dans un rapport succinct du 14 janvier 2013, le docteur H\_\_\_\_\_, médecin auprès des HUG, a préconisé un changement de profession.![endif]>![if> 13. Dans un rapport radiographique du 28 janvier 2013, le docteur I\_\_\_\_\_, de l'institut de radiologie de La Colline, a conclu à un « aspect satisfaisant des pièces osseuses dans un status post luxation et lésion capsulo-ligamentaire opérée ».![endif]>![if> 14. L'assuré a été examiné le 7 février 2013 par le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA. ![endif]>![if> Ce médecin a constaté une amyotrophie résiduelle importante de la cuisse, une hypoesthésie et quelques signes irritatifs fémoro-patellaires du genou gauche, dont il a toutefois constaté qu'il avait recouvré une mobilité quasi complète. Les radiographies témoignaient d'une petite ossification se projetant en regard du bord externe du fémur distal et en arrière de l'interligne fémoro-tibial. L'évolution était favorable, avec une très bonne récupération motrice du nerf sciatique poplité externe. Sur le plan médical, la situation était proche d'un degré de stabilisation suffisant pour mettre en route un reclassement professionnel, sans préjuger des nouvelles mesures chirurgicales que pourraient nécessiter l'évolution à moyen ou long terme. Le médecin a annoncé l'assuré à la Clinique romande de réadaptation (CRR) pour une réadaptation fonctionnelle et pour circonscrire des mesures de reclassement professionnel. Il a également suggéré de préparer, en accord avec l'OAI, un deuxième séjour axé sur la réadaptation professionnelle. Le médecin a conclu à une capacité de travail de 0% dans l'ancienne activité de manœuvre mais de 100%, selon toute vraisemblance, dans une activité adaptée, c'est-à-dire n'impliquant pas de marche de longue distance ou sur terrain irrégulier. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI), il proposait de la fixer à 12,5%, en tenant compte, d'une part, de l'évolution prévisible de l'atteinte ostéo-articulaire - qui justifiait un taux de 10% octroyé en cas d'arthrose fémoro-tibiale moyennement grave selon les barèmes d'indemnisation légaux -, d'autre part, d'un taux de 2,5% pour l'atteinte sensitive séquellaire à la lésion du SPE (sciatique poplité externe). 15. L'assuré a séjourné à la CRR du 19 février au 13 mars 2013. ![endif]>![if> Dans leur rapport du 28 mars 2013, les docteurs K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et L\_\_\_\_\_, médecin-assistant, ont retenu le diagnostic principal de douleurs et limitations fonctionnelles du genou gauche, et les diagnostics supplémentaires suivants : luxation traumatique du genou gauche avec rupture des ligaments croisés antérieur et postérieur (LCA, LCP), du point d'angle postéro-externe et lésion du SPE, reconstruction du point d'angle postéro-externe, plastie des LCA, LCP et neurolyse du SPE et trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Durant son séjour, l'assuré a également fait l'objet d'un consilium psychiatrique par la docteure M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, laquelle a retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Le médecin a constaté l'existence d'un sentiment d'abattement, de découragement, d'irritabilité, une forte fatigue, un sommeil perturbé par les douleurs et une diminution de l'appétit ayant entraîné une perte pondérale alléguée de 7 kg. En revanche, l'assuré ne faisait état ni d'idées suicidaires, ni de troubles attentionnels, ni de perte de

l'intérêt et du plaisir. Son discours était centré sur ses douleurs, ses limitations et un sentiment d'injustice. En conclusion, l'évaluation démontrait une réaction dépressive prolongée chez un assuré dont les ressources adaptatives semblaient épuisées. Sa psychopathologie restait toutefois sans répercussion sur la capacité de travail et tributaire de l'évolution globale. Sur le plan somatique, le genou gauche, dont le périmètre excédait d'un centimètre celui du genou droit, paraissait légèrement tuméfié. L'assuré ne boitait pas mais se plaignait de douleurs antérieures et postérieures, dont il évaluait l'intensité à 7/10 et qui étaient exacerbées par l'activité, notamment les montées d'escaliers. Sa capacité de travail pouvait être considérée comme nulle dans l'ancienne activité de manœuvre. Dans une activité adaptée, le pronostic de réinsertion était défavorable en raison de facteurs ne relevant pas du champ médical : l'assuré, focalisé sur ses douleurs et son espoir de récupération, maîtrisait mal le français et ne bénéficiait que d'un réseau social limité, de plus, sa situation financière était précaire. Les limitations fonctionnelles retenues concernaient : les positions agenouillée ou accroupie, la station debout prolongée, le port répété de charges supérieures à 10 kg ; la station debout et la marche sur sol plat étaient limitées à 30 minutes environ. Ces limitations subsisteraient après l'opération d'ablation du matériel d'ostéosynthèse envisagée par le chirurgien, de sorte que la situation pouvait être considérée comme stabilisée sous l'angle médical. 16. L'assuré a également fait l'objet d'une évaluation dans les ateliers professionnels de la CRR, à l'issue de laquelle le service de réadaptation professionnelle a confirmé, le 13 mars 2013, qu'une reprise de l'ancienne activité de maçon paraissait irréaliste au vu des limitations constatées en atelier ; en revanche, l'exercice à plein temps d'une activité adaptée (n'impliquant ni position statique agenouillée ou accroupie, ni port répétitif de charges supérieures à 10 kg) était exigible. Ont été mentionnés comme éléments pénalisant l'intégration professionnelle : les tests de posture, inférieurs à la norme, la boiterie exacerbée par la descente d'escaliers et l'obligation d'alterner les positions toutes les 30 minutes. Les capacités d'intégration socio-professionnelles de l'assuré ont été qualifiées de faibles, vu sa mauvaise maîtrise de la langue française. 17. Dans un rapport complémentaire du 15 avril 2013, le Dr J\_\_\_\_\_ a considéré qu'à teneur du rapport de la CRR, l'évolution du genou gauche était stabilisée et que la réinsertion professionnelle pouvait être compromise par des facteurs « non organiques ». Il a confirmé des limitations énumérées. 18. Le 15 avril 2013, l'assuré a subi une troisième intervention chirurgicale (ablation partielle d'une vis utilisée pour la plastie du LCP qui avait glissé et faisait protrusion sur l'extrémité du tunnel tibial). 19. L'OAI a accordé à l'assuré des mesures d'intervention précoces sous la forme d'un stage d'orientation professionnelle auprès des Etablissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI), débuté le 3 juin 2013. À l'issue dudit stage, les EPI ont conclu, le 1<sup>er</sup> juillet 2013, qu'ils ne pouvaient pas proposer de cible professionnelle crédible dans la mesure où l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé : l'assuré manifestait de nombreux signes d'inconfort, devait fréquemment interrompre son travail pour changer de position et ne bénéficiait que de faibles qualifications scolaires et connaissances de la langue française ; il paraissait très préoccupé par ses problèmes de santé et un manque de récupération après sa dernière opération chirurgicale ; à l'issue du stage, il avait d'ailleurs sollicité des investigations médicales supplémentaires. En définitive, les EPI suggéraient, préalablement à toute autre démarche professionnelle, la mise en œuvre d'un cours de français oral et d'une aide au placement « très appuyée » dans une activité de conditionnement ou de manutention. 20. Le 2 avril 2014, l'employeur a indiqué à la SUVA qu'en bonne santé, l'assuré aurait reçu en 2014 un salaire mensuel de CHF 5'144.-

versé douze fois l'an, complété par un treizième salaire (8,33%).! [endif]>! [if> 21. Le docteur N\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste et médecin d'arrondissement de la SUVA, a procédé à un examen final le 7 avril 2014.! [endif]>! [if> Le médecin a constaté une boiterie et l'impossibilité pour l'assuré de s'accroupir ou de marcher sur la pointe des pieds ou sur les talons. Le genou était sec mais douloureux à la palpation. Sur le plan ligamentaire, il n'y avait pas de tiroir antérieur ou postérieur, mais une hyperlaxité externe plus nette que sur le genou droit. L'évolution après rééducation n'était pas optimale, car l'assuré se plaignait toujours de douleurs, aggravées par la marche ou les escaliers, et d'une limitation de la station assise à trente minutes. Cependant, son état de santé était stable et s'il n'était plus capable de travailler comme maçon, il pouvait en revanche exercer à plein temps, sans diminution de rendement, une activité permettant d'alterner les positions et d'éviter le port de charges supérieures à 10kg, la position agenouillée et les montées répétées d'escaliers. Quant au taux de l'atteinte à l'intégrité, le médecin se ralliait à celui de 12,5% proposé en 2013. 22. Par décision du 4 novembre 2014, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation.! [endif]>! [if> L'OAI a retenu une capacité de travail de 0% dans l'activité habituelle de maçon mais a considéré que l'assuré avait recouvré une pleine capacité à exercer une activité adaptée le 12 octobre 2012. Le degré d'invalidité, estimé à 15% (65'871 – 55'995 / 65'871), était insuffisant pour ouvrir droit à une rente ou à une mesure de reclassement. Des mesures d'orientation professionnelle et d'aide au placement ne se justifiaient pas davantage. 23. Par décision du 19 novembre 2014, la SUVA a reconnu à l'assuré le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 12.5% et à une rente d'invalidité avec effet au 1 er septembre 2014, fondée sur une perte de gain de 14%.! [endif]>! [if> La SUVA a considéré que les troubles psychogènes n'étant pas en relation de causalité adéquate avec l'accident, ils ne donnaient pas lieu à des prestations de sa part. À teneur des investigations médicales, l'assuré pouvait exercer à 100% une activité légère dans différents secteurs de l'industrie. Son revenu annuel avant invalidité (CHF 57'380.-), comparé avec celui qu'il aurait réalisé sans accident (CHF 66'482.-), conduisait à une perte de gain de 14%. Quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, elle avait été fixée sur la base de l'appréciation médicale et des critères définis à l'annexe 3 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents. 24. L'assuré a contesté cette décision le 19 décembre 2014.! [endif]>! [if> Il a fait valoir que, faute de motivation suffisante, la décision de la SUVA ne lui permettait pas de comprendre si son revenu d'invalidité avait été fixé sur la base de données salariales résultant de la description des postes de travail (DPT) ou de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). En tout état de cause, il estimait que le taux d'invalidité retenu ne tenait pas suffisamment compte de ses limitations. Quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il lui reprochait de ne tenir compte ni du trouble de l'adaptation diagnostiqué à la CRR, ni de l'importance de ses limitations fonctionnelles. L'assuré a fait remarquer que les barèmes d'indemnisation prévoyaient des taux de 20% en cas de séquelles psychiques légères et de 30% en cas de genou bloqué en extension. Il se justifiait donc, selon lui, de lui octroyer une indemnité de 25%. L'assuré produisait à l'appui de sa position un rapport rédigé le 2 décembre 2014 par le Dr D\_\_\_\_\_, chirurgien. Ce médecin indiquait que l'évolution, trois ans après la luxation du genou et l'atteinte du nerf SPE, était mitigée ; si l'assuré avait entièrement récupéré la motricité du nerf SPE et ne présentait pas de symptômes d'instabilité, il souffrait toujours de douleurs des versants antérieur et postérieur du genou gauche. Une lésion structurelle n'avait pu être identifiée, mais les douleurs pouvaient résulter d'une insuffisance persistante du LCP ou, plus vraisemblablement, d'une origine neuropathique. Pour le reste, le médecin disait se rallier

aux limitations fonctionnelles retenues par ses confrères de la CRR ; lui aussi qualifiait les capacités de réinsertion de son patient de faibles, en raison de son manque de formation, de ses connaissances linguistiques déficientes et des douleurs. Il appuyait néanmoins la demande de réorientation professionnelle de l'assuré, qui lui paraissait très volontaire. 25. Par décision du 13 mars 2015, reçue par l'assuré le 17 mars, la SUVA a partiellement admis l'opposition, en ce sens qu'elle a augmenté le taux de la rente d'invalidité à 15%. 26. Par acte du 16 avril 2015, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, en concluant préalablement à la mise en œuvre d'une expertise en psychiatrie et orthopédie, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité de 32% et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30% (CHF 37'800.-), voire de 25% (CHF 31'500.-), et, plus subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision. 27. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 13 mai 2015, a conclu au rejet du recours. 28. L'intimée maintient qu'il n'y a pas de lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques constatés par la CRR, car il remplit les critères jurisprudentiels applicables aux accidents moyennement graves : le caractère particulièrement impressionnant de l'accident lui paraît réalisé, car son genou s'est complètement déboîté ; de plus, de fortes douleurs l'empêchent de dormir et handicapent dans sa vie professionnelle et quotidienne. S'agissant de la rente d'invalidité, il fait valoir qu'elle devrait être augmentée à 32%. À l'appui du taux invoqué, il se prévaut d'un revenu sans invalidité de CHF 65'871.- (montant déclaré dans le questionnaire employeur pour 2012) et d'un revenu d'invalidité après réduction supplémentaire de 25% de CHF 44'902.- (75% du revenu annuel standardisé d'un homme exerçant une activité simple et répétitive selon l'ESS 2010). Il rappelle qu'il n'a pas été en mesure d'exercer à plein temps un poste adapté au sein de son entreprise. Pour le reste, il considère que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité devrait être fixée à 30% plutôt qu'à 12,5%, car ses atteintes somatiques et psychiques sont graves et entraînent des limitations fonctionnelles importantes. 29. Le recourant soutient qu'un lien de causalité adéquat existe entre l'accident et les troubles psychiques constatés par la CRR, car il remplit les critères jurisprudentiels applicables aux accidents moyennement graves : le caractère particulièrement impressionnant de l'accident lui paraît réalisé, car son genou s'est complètement déboîté ; de plus, de fortes douleurs l'empêchent de dormir et handicapent dans sa vie professionnelle et quotidienne. S'agissant de la rente d'invalidité, il fait valoir qu'elle devrait être augmentée à 32%. À l'appui du taux invoqué, il se prévaut d'un revenu sans invalidité de CHF 65'871.- (montant déclaré dans le questionnaire employeur pour 2012) et d'un revenu d'invalidité après réduction supplémentaire de 25% de CHF 44'902.- (75% du revenu annuel standardisé d'un homme exerçant une activité simple et répétitive selon l'ESS 2010). Il rappelle qu'il n'a pas été en mesure d'exercer à plein temps un poste adapté au sein de son entreprise. Pour le reste, il considère que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité devrait être fixée à 30% plutôt qu'à 12,5%, car ses atteintes somatiques et psychiques sont graves et entraînent des limitations fonctionnelles importantes. 30. L'intimée maintient qu'il n'y a pas de lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques : la gravité de l'accident lui paraît moyenne, voire à la limite inférieure de la catégorie ; or, hormis la

durée de l'incapacité de travail, les critères jurisprudentiels ne sont pas remplis. S'agissant plus particulièrement de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'intimée fait valoir que l'appréciation divergente du recourant n'est pas étayée médicalement. Quant au taux d'invalidité, elle se réfère à l'avis de son médecin d'arrondissement. Enfin, elle considère que l'expertise sollicitée est superflue, la cause étant suffisamment instruite. 28. Le recourant a répliqué le 1<sup>er</sup> juillet 2015, en persistant dans ses conclusions tendant notamment à la mise en œuvre d'une expertise. 29. À l'appui de sa position, il allègue que sa situation a changé depuis les dernières constatations médicales, qui remontent à deux ans : il a notamment recommencé à travailler pour son employeur, mais par intermittence, en raison des douleurs. Selon lui, sa situation n'est pas stabilisée. 29. Dans sa duplique du 27 juillet 2015, l'intimée a persisté dans ses conclusions en rejet du recours. Elle fait remarquer que l'allégation de douleurs ne suffit pas à mettre en doute les constatations médicales, que la modification invoquée de l'état de santé n'est pas étayée médicalement et qu'au demeurant, la légalité d'une décision litigieuse doit s'apprécier selon les faits existant à la date où elle a été rendue. 30. Une audience d'enquêtes s'est tenue le 22 octobre 2015. Entendu en qualité de témoin, l'employeur de l'assuré a confirmé que l'intéressé avait recommencé à travailler pour son compte en février 2015, à 40%. Il lui confiait désormais des tâches de gestion de personnel, de coordination de travaux et de surveillance de chantiers. Le patron de l'assuré a expliqué qu'il devait toujours être prêt à remplacer son employé au pied levé, car celui-ci ne pouvait travailler tous les jours, notamment lorsque son genou enflait. Cela ne résultait pas d'un manque de volonté mais ce mode de fonctionnement ne pourrait toutefois perdurer éternellement et il devrait peut-être finalement se résoudre à le licencier. À l'issue de l'audience, la Cour a invité le recourant à lui communiquer la liste des questions qu'il entendait poser à la Dresse O\_\_\_\_\_, ce que l'intéressé a fait le 2 novembre 2015. 31. La doctoresse O\_\_\_\_\_ y a répondu par pli du 26 novembre 2015. Elle a indiqué suivre l'assuré depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2013. Lors de la première consultation de contrôle du 24 janvier 2014, l'intéressé se plaignait de douleurs diffuses du genou gauche mais, d'un point de vue clinique, son genou était sec et sa mobilité complète. Il y avait une laxité postérieure et une importante amyotrophie musculaire, mais pas de laxité antérieure. Depuis lors, l'assuré avait recommencé à travailler à 40%, mais le status clinique de son genou n'avait pas évolué. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) de contrôle effectuée en juillet 2015 avait montré un œdème osseux, une arthrofibrose sur la plastie du LCP et une rupture partielle de la plastie du LCA, constatations radiologiques qui n'avaient toutefois pas de répercussions cliniques. L'état de santé de l'assuré était stable mais susceptible d'être amélioré par un renforcement musculaire. À son sens, l'invalidité était de 50% en raison des douleurs persistantes du genou ; l'assuré était capable d'exercer à plein temps une activité non astreignante physiquement (p. ex. travail de bureau), mais pas celle de contrôleur de chantier. 32. Par écriture du 7 janvier 2016, le recourant a allégué ne pas être suivi régulièrement par la Dresse O\_\_\_\_\_. Il a contesté l'opinion selon laquelle il pourrait exercer à plein temps une activité physiquement non astreignante, lui reprochant de faire abstraction de ses problèmes psychiques et d'être contredite par celle du Dr D\_\_\_\_\_. Le recourant fait remarquer qu'en toute hypothèse, il ne pourrait exercer une activité de bureau qu'à l'issue d'une formation et avec un rendement réduit. Enfin, il précise s'être récemment entretenu avec le docteur P\_\_\_\_\_ au sujet d'une prothèse pour son genou. 33. Par écriture du même jour, l'intimée a relevé que, selon la Dresse O\_\_\_\_\_, l'état de santé de l'assuré était stable et lui permettait l'exercice d'une activité

légère à plein temps. L'intimée ajoute que les douleurs alléguées ne permettent pas de jeter le doute sur l'appréciation médicale et que la prise d'antalgiques fait partie de l'obligation de diminuer le dommage.![endif]>![if> EN DROIT 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 depuis le 1<sup>er</sup> 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAA).![endif]>![if> 3. Interjeté dans la forme et

le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10).![endif]>![if>

4. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).![endif]>![if> En l'espèce, la décision sur opposition circonscrit l'objet de la contestation au droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Dans son recours, l'assuré ne prend pas de conclusion portant sur d'autres prestations. Partant, le litige porte uniquement sur les taux respectifs de la rente et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité accordées à l'assuré, ainsi que sur le point de savoir si ses troubles psychiques doivent être pris en compte dans leur évaluation. 5. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel ou non professionnel. 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).![endif]>![if> b. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1). 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. Il faut que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit 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; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1). c. En présence d'affections psychiques, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat des troubles psychiques consécutifs à un accident. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 139 consid. 6, 407 s. consid. 5). Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité

adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants: - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; - la durée anormalement longue du traitement médical; - les douleurs physiques persistantes; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; - les difficultés apparues en cours de guérison et les complications importantes; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Dans l'éventualité d'un accident de gravité moyenne, le juge des assurances ne peut admettre la causalité adéquate que si l'un des critères retenus s'est manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident, ou si ces critères déterminants se trouvent soit cumulés, soit réunis d'une façon frappante (arrêt du Tribunal fédéral U 53/01 du 16 octobre 2001, consid. 4).

6. 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).

7. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

a. 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).

b. Pour déterminer le revenu sans invalidité avant un accident, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé utiliser pleinement sa capacité de travail. Peu importe de savoir si l'assuré mettait à profit, entièrement ou partiellement seulement, sa capacité de travail; ces éléments sont pris en compte au travers du montant du gain assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_708/200 du 21 août 2008 consid. 5.5). Lorsqu'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on prendra en compte le revenu qu'il obtenait dans le poste occupé jusqu'alors (RAMA 2006 n° U 568 p. 66, consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 5.5).

c. S'agissant de la fixation du revenu d'invalidité, ce n'est pas le fait que l'assuré mette réellement à profit sa capacité résiduelle de travail qui est déterminant, mais bien plutôt le revenu qu'il pourrait en tirer dans une activité raisonnablement exigible. Le caractère raisonnablement exigible d'une activité doit être évalué de manière objective, c'est-à-dire qu'on ne peut simplement tenir compte de l'appréciation négative par l'assuré de l'activité en cause. En application de ce principe, la jurisprudence admet très largement le caractère exigible d'une activité (Ulrich MEYER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2 ème éd. 2010, p. 294ss). Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de

l'intéressé. L'administration doit en principe examiner quelles possibilités de réadaptation concrètes existent pour l'assuré, compte tenu de l'ensemble des circonstances, en particulier de ses caractéristiques physiques et psychiques ainsi que de sa situation professionnelle et sociale, considérées de manière objective. Cela étant, lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 778/05 du 11 janvier 2007 consid. 6.2 et les références). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). d. 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). 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 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; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). e. La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 126 V 288 consid. 2). Depuis le 1er janvier 2003, la définition de l'invalidité est uniformément codifiée à l'art. 8 al. 1 LPGA selon lequel est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (cf. ATF 133 V 549 consid. 6, 131 V 362 consid. 2.2). D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. À tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée.

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).> 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (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. Etant 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. cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2). 9. a. 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 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).

b. La garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431 consid. 3a). Ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2ème éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

10. Dans le cas présent, il convient en premier lieu de se prononcer sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et les troubles psychiques évoqués par la CRR (trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée).

a. En l'espèce, le recourant a glissé du pont d'un camion en déchargeant des échafaudages et s'est déboîté le genou en se réceptionnant sur son pied gauche. La hauteur de sa chute peut être estimée à deux mètres. Au regard de son déroulement et de ses conséquences, la gravité de l'accident doit tout au plus être qualifiée de moyenne au sens strict. Il importe donc que plusieurs critères consacrés par la jurisprudence soient réunis ou qu'ils revêtent une intensité particulière.

b. Considérées objectivement, les circonstances de l'accident ne peuvent être qualifiées de dramatiques ou de particulièrement impressionnantes. Les lésions dont il est question, à savoir une rupture des ligaments croisés antérieur et postérieur, une déchirure du ménisque externe et une élongation du nerf sciatique poplité externe, ne sont pas propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. Le processus de guérison a certes été quelque peu retardé par le glissement d'une vis utilisée pour la plastie du ligament croisé postérieur, mais il ne saurait être qualifié d'anormalement long. Une reprise du travail à titre thérapeutique a d'ailleurs été possible dix mois environ après l'accident. Quant aux douleurs persistantes mentionnées dans la plupart des rapports figurant au dossier, il s'agit d'une circonstance qui ne suffit pas, à elle seule, à admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et le trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Partant, on ne peut donc pas reprocher à l'intimée d'avoir nié l'existence de ce lien.

c. Par surabondance, on ajoutera que, quoi qu'il en soit, le trouble de l'adaptation avec réaction dépressive n'est pas considéré comme incapacitant par la Dresse M\_\_\_\_\_, que l'assuré n'est pas suivi par un psychiatre et qu'aucun rapport ne retient d'incapacité de travail sur le plan psychique, de sorte que même si l'on devait admettre l'existence d'un lien de causalité avec l'accident, cela ne modifierait pas les taux litigieux de la rente d'invalidité et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

11. a. Il convient à présent de se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré. La décision litigieuse, fondée sur les rapports de la CRR et des médecins d'arrondissement de la SUVA, les Drs J\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_, retient qu'elle est entière dans toute activité adaptée aux limitations énoncées.

b. La Chambre de céans

constate que les rapports des Drs J\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ ont été établis en pleine connaissance du dossier, qu'ils relatent les plaintes de l'assuré et reposent sur des examens cliniques complets. Leurs conclusions attestant d'une pleine capacité de travail dans toute activité permettant d'alterner les positions et d'éviter le port de charges supérieures à 10 kg, la marche prolongée, les positions agenouillée ou accroupies et les montées répétées d'escaliers sont claires, motivées et exemptes de contradictions. Lesdits rapports répondent donc aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante. c. Celui de la CRR se fonde également sur des examens orthopédiques et psychiatriques complets, tient compte des plaintes de l'assuré et ses conclusions sont motivées. Sous l'angle psychiatrique, il fait état d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, jugé sans incidence sur la capacité de travail. Sur le plan somatique, il énumère diverses limitations fonctionnelles, qui coïncident avec celles retenues par les médecins d'arrondissement. Globalement, les médecins de la CRR jugent faible le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée, mais précisent que c'est en raison de facteurs extra-médicaux, notamment de connaissances linguistiques déficientes et de la situation socio-économique de l'assuré. C'est le lieu de rappeler que l'assurance-accidents n'a pas à répondre de la diminution de la capacité de gain due à des facteurs étrangers à l'atteinte à la santé, notamment de difficultés linguistiques et d'un manque de formation (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 388/01 du 2 décembre 2002 consid. 2.2). Quant à l'observation professionnelle de la CRR, elle tend à corroborer les conclusions des médecins d'arrondissement puisqu'elle conclut à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Partant, le rapport de la CRR ne met pas en doute la pleine exigibilité médicale retenue par l'intimée. d. Les rapports établis par les médecins du recourant ne permettent pas d'aboutir à une autre conclusion. Celui du Dr D\_\_\_\_\_ rejoint les conclusions de la CRR quant aux limitations fonctionnelles et au mauvais pronostic de réinsertion, qui résulte à son sens d'un manque de formation, de faibles connaissances linguistiques et des douleurs, soit essentiellement de facteurs étrangers à l'atteinte à la santé. Cela étant, il ne conteste pas qu'une pleine capacité de travail puisse être exigée de son patient sur le plan médical, moyennant le respect des limitations énumérées par les médecins d'arrondissement et la CRR. Quant à la Dresse O\_\_\_\_\_, ses conclusions coïncident en tous points avec celles des médecins d'arrondissement, puisqu'elle expose que la mobilité du genou gauche est complète, que l'état de santé est stabilisé et que l'assuré peut exercer à plein temps une profession physiquement peu astreignante. e. S'agissant du rapport établi à l'issue du stage d'observation professionnelle de l'AI, ses constatations divergent certes de celles des médecins d'arrondissements et de la Dresse O\_\_\_\_\_ dans la mesure où il relate que l'état de santé n'est pas stabilisé et que la résistance de l'assuré semble insuffisante pour une activité à plein-temps. Cette divergence n'est toutefois pas propre à remettre en cause l'avis concordant des médecins, conformément au principe jurisprudentiel selon lequel les données médicales - lesquelles permettent généralement une appréciation objective du cas - l'emportent sur les constatations faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_631/2007 du 4 juillet 2008 consid. 4. 1 ; I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 4). f. Au vu de ce qui précède, il sera retenu, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré est médicalement capable d'exercer à 100% une activité légère respectant les limitations retenues par les Drs J\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_. Que l'assuré ait échoué à reprendre à 100% une activité de contrôleur de chantier ne met pas en doute cette exigibilité, dès lors que l'activité en question, qui implique vraisemblablement

une position debout statique et des déplacements importants, n'est pas adaptée aux limitations énoncées. 12. Il convient à présent d'examiner le calcul du degré d'invalidité auquel a procédé l'intimée. a. À titre liminaire, il sied de relever que la décision de l'assurance-invalidité n'était pas entrée en force au moment où l'intimée a statué, de sorte qu'il lui était loisible de procéder de manière indépendante à l'évaluation du degré d'invalidité. Cela n'est pas contesté. b. Pour calculer le degré d'invalidité, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222). En l'occurrence, l'intimée a déterminé que le droit à la rente débutait au 1<sup>er</sup> septembre 2014, ce qui n'est à juste titre pas contesté par l'assuré : on peut effectivement inférer des rapports médicaux émanant notamment des Drs N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ qu'au 1<sup>er</sup> septembre 2014, son état de santé était stabilisé. Il convient donc de se placer en 2014 pour procéder à la comparaison des revenus. c. La décision querellée fixe le revenu sans invalidité à CHF 66'480.- en 2014 sur la base du questionnaire rempli par l'employeur. Le recourant se prévaut d'un revenu sans invalidité de CHF 65'871.-, plus bas que celui retenu par l'intimée. On peut en inférer qu'il ne conteste pas le revenu sans invalidité de CHF 66'480.-, qui lui est plus favorable ; il n'y a donc pas lieu de s'en écarter. d. Quant au revenu d'invalidité, l'intimée s'est basée sur un montant de CHF 66'158.- pour 2014 en se référant à l'ESS 2012 (tableau TA1, niveau 1, homme, adapté à la durée normale du travail de 41,7 h./sem. et indexé jusqu'en 2014), duquel elle a déduit 15% au vu de « l'ensemble des circonstances », aboutissant ainsi à un revenu final de CHF 56'235.-. La recourant ne conteste pas la fixation de son revenu d'invalidité sur une base statistique mais critique l'abattement retenu, dont il soutient qu'il aurait dû s'élever à 25% au vu de ses limitations fonctionnelles et de ses limitations « non médicales ». La Cour constate que le salaire statistique sur lequel s'est fondé l'intimée est celui applicable aux assurés dont le niveau de qualification est le plus bas, de sorte qu'il est déjà suffisamment représentatif de ce que l'assuré pourrait gagner dans une activité légère n'exigeant ni formation ni connaissances linguistiques particulières (arrêts du Tribunal fédéral I 171/04 consid. 4.2 et 9C\_242/2012 consid. 3). Son âge – 44 ans lors du prononcé de la décision litigieuse – ne peut pas être considéré comme un facteur le contraignant à mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail à des conditions économiques inférieures à la moyenne, pas plus que sa nationalité étrangère, attendu qu'il est titulaire d'une autorisation d'établissement et que les salaires statistiques sont établis en fonction de la population résidente aussi bien suisse qu'étrangère (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 700/04, consid. 4.3.3). Finalement, au regard des circonstances personnelles et professionnelles du cas d'espèce, on doit admettre que l'intimée est restée dans les limites de son pouvoir d'appréciation en appliquant une réduction supplémentaire limitée à 15%. Le Tribunal fédéral a d'ailleurs confirmé des taux identiques voire inférieurs dans des causes impliquant des assurés d'âge moyen dont les limitations étaient comparables à celles du recourant (cf. notamment arrêts I 264/05 consid. 5 ; I 298/04 consid. 5 ; 8C\_910/2010 consid. 6.3). Pour le reste, le recours de l'intimée aux données statistiques résultant de l'ESS 2012 n'apparaît pas critiquable, eu égard à la date à laquelle elle a statué et à l'année déterminante en l'occurrence pour la comparaison des revenus de l'assurance-accidents. e. La comparaison des gains conduit à un degré d'invalidité de 15,4%  $(66'480 - 56'235) / 66'480$ , qu'il convient d'arrondir à 15% (ATF 130 V 121 consid. 3.2). Il en découle que le recourant n'a droit qu'à une rente d'invalidité de quotité équivalente. Partant, ses conclusions tendant au versement d'une rente supérieure sont rejetées. 13. Reste à examiner le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, dont le recourant soutient qu'il devrait être fixé à 30% plutôt qu'à 12,5%. a. À

teneur de l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. 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). 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 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA; RS 832.202), 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. 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 (al. 1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'ordonnance (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3). Lors de la fixation de l'indemnité, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité (al. 4). 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 consid. 6.2; RAMA 1998 n° U 320 p. 602 consid. 3b). L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité désignées à l'annexe 3 à l'OLAA s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré. Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, comme c'est le cas dans la présente cause, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1). La Division médicale de la SUVA 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. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer dans la mesure du possible l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc; ATF non publié 8C\_459/2008 du 4 février 2009, consid. 2.1.2). 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 et a le caractère d'une indemnité pour tort moral (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 171). 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). 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. Ainsi, l'amputation d'un index donne lieu à la même indemnité pour un employé de bureau et pour un guitariste (Jean-Maurice FRÉSARD / Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2<sup>ème</sup> éd., 2007, n. 229). 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). 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. , n. 235; ATF 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009, consid. 5.1). Enfin, l'existence d'une atteinte à l'intégrité est indépendante de la diminution de la capacité de gain, comme cela ressort d'ailleurs de la lettre de l'art. 36 al. 1 OLAA (Thomas FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, thèse, Fribourg 1998, p. 27). b. En l'espèce, le Dr J\_\_\_\_\_ a évalué l'atteinte à l'intégrité en se référant aux tables d'indemnisation nos 1 et 5 de la SUVA : il a retenu un taux de 10% correspondant à une arthrose fémoro-tibiale de gravité moyenne – en tenant compte de l'évolution prévisible à moyen terme –, auquel il a ajouté 2,5% pour une atteinte sensitive séquellaire à la lésion du nerf sciatique poplité externe. c. La Cour constate que la table d'indemnisation 1 de la SUVA se rapporte aux troubles des membres supérieurs alors que l'assuré est touché au genou gauche. Par conséquent, seule la table 5 est pertinente en l'espèce pour fixer le taux de l'indemnité qui lui est due. En vertu de celle-ci, une arthrose fémoro-tibiale de gravité moyenne donne lieu à une indemnité comprise entre 5 et 15%. Il est précisé que si l'articulation considérée présente une instabilité en plus de l'arthrose, on retient le taux d'atteinte à l'intégrité le plus élevé. Tel ne doit pas être le cas en l'espèce puisqu'aucun médecin ne fait état d'une instabilité résiduelle particulière. Le taux global de 12,5% pris en compte par l'intimée pour l'arthrose fémoro-tibiale moyenne et l'atteinte sensitive du nerf sciatique poplité externe s'inscrit dans la frange haute de la fourchette prévue par les tables d'indemnisations et paraît donc admissible. Les arguments soulevés par le recourant pour justifier l'octroi d'une indemnité de 30% sont dénués de pertinence. Il se borne pour l'essentiel à alléguer l'importance « considérable » de ses douleurs et de ses limitations fonctionnelles, sans faire état d'un quelconque élément médical qui justifierait que l'on tienne compte d'un taux supérieur. Ce faisant, il méconnaît que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité n'est pas fixée en fonction des circonstances particulières du cas, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte, abstraction faite de facteurs subjectifs. De plus, le Dr J\_\_\_\_\_ a évalué l'atteinte à l'intégrité à l'issue d'un examen clinique complet, donc en connaissance de ses limitations. Par ailleurs, s'il y a lieu, lors du calcul de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, de tenir équitablement compte d'une aggravation prévisible de l'atteinte à l'intégrité, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (RAMA 1998, p. 602 consid. 3b). Or, tel n'est pas le cas de la prothèse à laquelle le recourant fait allusion : bien que le Dr J\_\_\_\_\_ ait précisé que le taux de l'indemnité pourrait être réévalué en cas d'évolution vers une pan-gonarthrose ou d'une prothèse du genou, force est de constater qu'aucun rapport ne fait état d'une dégénérescence de l'arthrose qui justifierait l'installation d'une prothèse à long terme. Le Dr D\_\_\_\_\_ note d'ailleurs dans son dernier rapport que son bilan radiographique n'objective « pas de signes arthrosiques radiographiques » et que le capital chondral et méniscal du genou reste bon. Il n'est donc pas établi au degré de vraisemblance requis que l'arthrose du recourant, apparemment modérée, nécessitera un jour l'installation d'une prothèse. Quant au diagnostic psychiatrique retenu par la CRR, il n'est pas en lien de causalité adéquat avec l'accident, comme on l'a vu, de sorte que l'on ne peut pas en tenir compte pour évaluer la quotité de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. En définitive, c'est à juste titre que l'intimée a évalué le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 12,5%. Les conclusions du recourant tendant à l'octroi d'une indemnité supérieure de 30% sont rejetées. 14. La documentation médicale figurant au dossier permet à la Chambre de céans de statuer en connaissance de cause sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à une indemnité

pour atteinte à l'intégrité. Partant, il n'y a pas lieu d'ordonner de mesure d'instruction complémentaire, notamment sous la forme d'une expertise judiciaire, par appréciation anticipée des preuves. 15. Mal fondé, le recours est rejeté. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à une indemnité de dépens (art. 89H al. 3 LPA a contrario). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 89H al. 4 LPA). 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.