

## **GE\_GERICHTE A/1590/2015 vom 20. Juni 2016**

GE Cour de justice, 2016-06-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1590\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1590_2015)

FR: GE\_GERICHTE A/1590/2015 du 20 juin 2016

IT: GE\_GERICHTE A/1590/2015 del 20 giugno 2016

### **Erwägungen**

#### **E. 9**

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à Annemasse, FRANCE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marc LIRONI recourant contre SUVA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUZERN intimée EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1949, a travaillé en tant que serrurier dès mai 2008. A ce titre, il était assuré contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après la Suva ou l'intimée).! [endif]>! [if> 2. Le 7 mai 2008, l'assuré a subi un accident. En freinant au guidon de son scooter, il est tombé sur son genou droit. ! [endif]>! [if> 3. A la même date, le docteur B\_\_\_\_\_, médecin auprès du Département de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a attesté d'une incapacité de travail totale du 7 au 18 mai 2008. Cette incapacité de travail a par la suite été régulièrement prolongée par différents médecins.! [endif]>! [if> 4. Dans un rapport du 21 mai 2008, un médecin du Département de chirurgie des HUG a signalé un hématome sus-patellaire, un épanchement et l'impossibilité de fléchir le genou au-delà de 40°. Il n'y avait pas de lésion révélée par la radiologie. Le diagnostic était celui de contusion du genou droit. ! [endif]>! [if> 5. La doctoresse C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à une IRM du genou droit de l'assuré le 10 juin 2008. Elle a conclu à une fracture articulaire intéressant le plateau tibial et le massif des épineuses, à une lésion méniscale externe avec suspicion d'anse deseau, à une lésion méniscale de la corne postérieure du ménisque interne atteignant la surface articulaire et à une déchirure du ligament collatéral externe.! [endif]>! [if> 6. L'IRM du genou gauche réalisée par le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, en date du 11 août 2008 a révélé une lésion méniscale interne de grade II à III touchant sa corne postérieure, avec un léger épanchement intra-articulaire et un kyste de Baker. ! [endif]>! [if> 7. Dans son rapport du 30 septembre 2008, la doctoresse E\_\_\_\_\_, médecin au Département de chirurgie des HUG, a diagnostiqué une lésion du genou droit avec une fracture du plateau tibial externe et du massif épineux, une lésion de la corne postérieure du ménisque interne et une déchirure du ligament collatéral externe. Il y avait une lente amélioration malgré la rémanence de douleurs. La marche était possible avec deux cannes. Un dommage permanent sous forme de possible instabilité du genou et d'accélération arthrosique à long terme était possible. ! [endif]>! [if> 8. Dans son rapport du 29 octobre 2008, la Dresse E\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics posés dans son précédent rapport. L'amélioration était lente, mais les douleurs persistaient et il existait une importante atrophie quadricipitale. ! [endif]>! [if> 9. Un nouveau rapport signé en date du 6 décembre 2008 par un médecin du Département de chirurgie des HUG qualifiait l'évolution de favorable. Aucune intervention n'était prévue pour l'heure.! [endif]>! [if> 10. Dans un rapport reçu le 14 mai 2009 par la Suva, le docteur F\_\_\_\_\_, médecin au

Département de chirurgie des HUG, a diagnostiqué une fracture du plateau tibial externe droit et une désinsertion de l'épîne tibiale droite. Les douleurs et les lâchages du genou persistaient. Ce médecin a par la suite confirmé ces éléments dans son rapport du 17 juillet 2009.!

11. Le 15 septembre 2009, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a réalisé des radiographies du genou. Il a décrit, dans un rapport du 14 septembre 2009, un remaniement dégénératif débutant, se manifestant par une ébauche ostéophyttaire aux dépens du compartiment fémoro-tibial interne et du pôle supérieur de la rotule, sans évidence de pincement significatif des interlignes. Le radiologue notait en outre la présence d'un îlot condensant du condyle fémoral externe.!

12. Le Dr G\_\_\_\_\_ a procédé, le même jour, à une IRM du genou droit de l'assuré, qui a révélé, selon son rapport du lendemain, des signes compatibles avec une déchirure horizontale (lésion de grade III) touchant la corne postérieure du ménisque interne, un remaniement dégénératif débutant se manifestant par une ostéophytose prédominant au niveau fémoro-tibial interne et externe, associée à une irrégularité superficielle du revêtement cartilagineux des zones portantes de condyles fémoraux, et à des érosions cartilagineuses de grade II touchant la gorge trochléaire à sa portion inférieure et la facette rotulienne interne plus qu'externe. !

13. Dans son rapport du 30 septembre 2009, le Dr F\_\_\_\_\_ a signalé des douleurs mécaniques à la mobilisation du genou. !

14. Le 30 mai 2010, un médecin du Département de chirurgie des HUG a indiqué que l'évolution était favorable. Une arthroscopie avec résection partielle du ménisque interne était prévue. !

15. Le 29 juin 2010, le docteur H\_\_\_\_\_, médecin au Département de chirurgie des HUG, a indiqué qu'il n'y avait pas d'évolution. Le traitement était conservateur en attendant l'opération, l'assuré étant connu pour des problèmes cardiaques. !

16. Le Service de radiologie des HUG a procédé à de nouvelles radiographies le 13 septembre 2010 et le 16 novembre 2010. Ces examens ont révélé un status post-fracture enfoncement du plateau tibial externe droit avec gonarthrose fémoro-tibiale externe débutante associée.!

17. Une radiographie des membres inférieurs réalisée le 16 novembre 2010 a révélé une différence de longueur des membres inférieurs de 9.6 mm en défaveur du côté gauche. !

18. Dans son rapport du 24 septembre 2010, le Dr H\_\_\_\_\_ a attesté que l'opération avait été repoussée en raison d'un problème d'hypotension de l'assuré. Après amélioration, l'assuré serait revu par l'anesthésiste. !

19. L'IRM du genou droit du 11 octobre 2010, pratiquée par le Dr G\_\_\_\_\_, a mis en évidence l'apparition de signes de bursite infra-patellaire superficielle, la persistance de signes compatibles avec une déchirure horizontale de la corne postérieure du ménisque interne, un hypersignal d'orientation verticale au niveau de la corne antérieure du ménisque externe, s'étendant à la surface articulaire tibiale et compatible à ce niveau avec une petite lésion fissuraire d'allure nouvelle, ainsi que la persistance de lésions cartilagineuses de grade II touchant les zones portantes du condyle fémoral externe plus qu'interne et de grade II à III au niveau de la trochlée. !

20. A la demande de la Suva, le docteur I\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré depuis décembre 2007, a indiqué par télécopie du 9 novembre 2010 qu'il n'avait jamais constaté ni traité un problème d'hypertension chez l'assuré. Elle était à cette date de 14/18 couché et de 15/9 debout. Il a relaté les tensions relevées par ses soins depuis décembre 2007. !

21. Le 28 janvier 2011, le docteur J\_\_\_\_\_, médecin au Département de chirurgie des HUG, a indiqué qu'au vu de l'anamnèse et de la clinique, il n'apparaissait pas qu'un geste chirurgical puisse apporter une amélioration de la symptomatologie. Il préconisait un suivi rhumatologique.!

22. Le docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste

FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la Suva, a examiné l'assuré le 28 février 2011. Dans son appréciation du 2 mars suivant, il a résumé son dossier. L'assuré utilisait encore des cannes, en principe une seule à l'extérieur. Il se plaignait aussi du genou gauche, mais c'était avant tout son genou droit qui était très douloureux et présentait des lâchages fréquents. Il pouvait marcher lentement à plat, mais les escaliers étaient pénibles. A l'issue de l'examen clinique, le Dr K \_\_\_\_\_ a signalé une mobilisation lente du côté droit et une extension complète douloureuse. Il n'y avait pas d'évidence d'épanchement, mais un rabet rotulien douloureux. Toute tentative de stress en varus était hyperalgique. Le testing ligamentaire était douloureux. La situation n'était pas du tout stabilisée. Si l'évolution n'était pas favorable dans un futur non lointain, il y aurait lieu de se prononcer à nouveau sur l'indication à la chirurgie conservatrice ou prothétique. Les problèmes du genou gauche et les lombalgies n'étaient pas du ressort de la Suva. Une reprise dans le poste lourd de serrurier-constructeur paraissait très hypothéquée.

23. Dans son rapport du 25 février 2011, le docteur L \_\_\_\_\_, médecin au Service de rhumatologie des HUG, a diagnostiqué une gonarthrose bicompartimentale fémoro-tibiale droite et un status après fracture du plateau tibial externe avec arrachement des épines tibiales. Le Dr L \_\_\_\_\_ a proposé un traitement de physiothérapie, et une infiltration de stéroïdes en l'absence d'amélioration.

24. La doctoresse C \_\_\_\_\_, médecin au Service de rhumatologie des HUG, a confirmé dans son rapport du 18 avril 2011 les diagnostics posés par le Dr L \_\_\_\_\_. L'assuré signalait une amélioration depuis l'introduction de la physiothérapie active. L'utilisation des cannes devait être cessée peu à peu. L'assuré ne souhaitait pas d'infiltration, mais une telle mesure pourrait néanmoins être à nouveau proposée en cas d'exacerbation des douleurs.

25. La doctoresse M \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, a diagnostiqué dans son rapport du 20 avril 2014 un traumatisme du genou droit avec une limitation des amplitudes, ainsi que des gonalgies persistantes.

26. L'assuré a consulté le docteur N \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, qui dans son rapport du 10 octobre 2011 a diagnostiqué une gonarthrose fémoro-tibiale droite et attesté d'une incapacité de travail totale.

27. Dans son rapport du 17 janvier 2012, le Dr N \_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de l'assuré s'était amélioré après une injection. L'assuré était difficile à cerner concernant ses symptômes. Un dommage permanent sous forme de gonarthrose était à craindre.

28. Le docteur O \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la Suva, a examiné l'assuré le 12 mars 2012. Il a résumé son dossier avant de rapporter ses plaintes. L'assuré décrivait des douleurs et des lâchages du genou droit, l'obligeant à marcher avec deux cannes et une genouillère. Il décrivait également une surcharge du genou gauche. A l'issue du status clinique et de l'analyse des documents radiologiques, le Dr O \_\_\_\_\_ a relevé que l'examen était marqué par des hyper-réactions ne permettant pas une évaluation précise des limitations. Il se disait frappé par l'absence d'amyotrophie de la cuisse ou du mollet, mais il notait des signes laissant suspecter un syndrome vertébral avec des douleurs à la mobilisation du tronc, une palpation douloureuse L5-S1 à droite et un possible signe de Lasègue. Les radiographies de 2010 ne démontraient pas d'évolution arthrosique objective du genou susceptible d'expliquer les limitations de l'assuré. De nouvelles radiographies étaient indispensables au Dr O \_\_\_\_\_ pour compléter son appréciation.

29. Le docteur P \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a réalisé une radiographie du genou droit de l'assuré le 12 mars 2012. Il a conclu à un état après fracture-enfoncement du plateau tibial externe droit, avec pincement discret de ce compartiment et développement d'un modelé arthrosique au

niveau des épines tibiales. [endif]>[if> 30. Dans son complément d'appréciation du 18 avril 2012, le Dr O\_\_\_\_\_ a retenu que la discrète atteinte arthrosique révélée par les radiographies ne permettait pas d'expliquer les plaintes et les limitations de l'assuré. Si l'on se fondait uniquement sur les séquelles objectives de la fracture du plateau tibial, l'assuré pourrait vraisemblablement encore mettre en valeur une capacité d'environ 66.6 % dans une activité de serrurier. Une pleine capacité serait exigible dans toute activité sans déplacements en terrain irrégulier, ni montée ou descente d'escaliers. Cette exigibilité ne tenait pas compte du déconditionnement et des facteurs non organiques et d'ordre psychosocial. L'adéquation entre l'accident et ces facteurs non organiques et psychologiques restait à démontrer. A ce stade, le Dr O\_\_\_\_\_ ne retenait pas de séquelle atteignant un seuil justifiant une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Ce point pourrait être réévalué en fonction de l'évolution arthrosique future. La situation pouvait être considérée comme stabilisée. [endif]>[if> 31. Dans son courrier à l'assuré du 25 avril 2012, la Suva lui a communiqué les conclusions du Dr O\_\_\_\_\_ s'agissant de sa capacité de travail en qualité de serrurier. Partant, la Suva verserait ses indemnités journalières sur la base d'une incapacité de travail de 34 % du 1<sup>er</sup> mai au 31 août 2012. Elle examinerait le droit à une rente dès cette date. [endif]>[if> 32. Lors d'un entretien téléphonique à la même date avec la Suva, l'assuré a indiqué qu'il avait fait une chute le 10 ou 12 avril 2012 et s'était ouvert le genou droit. Il avait consulté le Dr P\_\_\_\_\_. [endif]>[if> 33. Le 4 mai 2012, l'employeur a indiqué que le salaire de l'assuré en 2012 serait identique à celui de 2011, soit un salaire horaire de base de CHF 28.85 correspondant à CHF 35.73, suppléments de vacances de 14.04 % (CHF 4.05) et 13<sup>ème</sup> salaire de 8.33 % (CHF 2.83) inclus. [endif]>[if> 34. Dans son rapport du 12 mai 2012, le Dr N\_\_\_\_\_ a diagnostiqué des gonalgies droites réactivées par une récente chute après lâchage du genou, ainsi qu'une contusion mineure. Il a mentionné une gonarthrose post-traumatique et une personnalité histrionique, qui pourraient influencer de manière négative le processus de guérison. [endif]>[if> 35. Dans son rapport du 25 septembre 2012, le docteur Q\_\_\_\_\_, médecin au Service de chirurgie orthopédique des HUG, a diagnostiqué une arthrose du genou droit. Le traitement proposé était une prothèse du genou, mais l'assuré souhaitait un deuxième avis. [endif]>[if> 36. Le 20 novembre 2012, le docteur R\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a indiqué au médecin traitant de l'assuré qu'il avait reçu ce dernier en consultation. La seule solution du point de vue chirurgical serait la mise en place d'une prothèse du genou. Il serait peut-être intéressant d'envisager un traitement avec un rhumatologue dans un premier temps. [endif]>[if> 37. Le 29 janvier 2013, la doctoresse S\_\_\_\_\_, médecin au Service de chirurgie orthopédique des HUG, a diagnostiqué une gonarthrose droite. Le pronostic était réservé, avec une probable prothèse totale du genou dans le futur. [endif]>[if> 38. Dans son rapport du 27 février 2013, le docteur T\_\_\_\_\_, médecin au Service de chirurgie orthopédique des HUG, a indiqué que l'assuré présentait un déséquilibre décompensé associé à des lombalgies chroniques. [endif]>[if> 39. Le 8 mars 2013, l'employeur a indiqué que le salaire horaire de base de l'assuré en 2013 serait de CHF 28.85, suppléments pour vacances (14.04 %), jours fériés (3.58 %) et 13<sup>ème</sup> salaire (8.33 %) non inclus. L'horaire dans l'entreprise était de 40 heures par semaine. [endif]>[if> 40. Le 5 mars 2013, le Dr N\_\_\_\_\_ a fait état d'une gonarthrose avec décompensation rachidienne sur boiterie majeure. L'état était stationnaire. L'assuré ne pouvait être opéré du genou avant l'amélioration du rachis. [endif]>[if> 41. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) du 22 mai au 11 juin 2013. Dans leur rapport du 28 juin 2013, les docteurs U\_\_\_\_\_, spécialiste

FMH en médecine physique et réadaptation, et V \_\_\_\_\_, médecin assistant, ont posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour lombalgies et gonalgies chroniques, et les diagnostics supplémentaires de gonarthrose débutante bilatérale prédominant à droite, de fracture du plateau tibial externe et du massif des épines, de lésion méniscale externe avec suspicion d'anse de seau, de lésion méniscale de la corne postérieure du ménisque interne atteignant la surface articulaire, de déchirure du ligament collatéral externe, de chute le 5 avril 2012 avec contusion des deux genoux, de douleurs pelvi-fémorales droites d'origine musculo-squelettique non spécifique, de troubles dégénératifs lombaires et cervicaux, d'obésité, d'hypertension artérielle et d'hypercholestérolémie. Les médecins ont décrit le status à l'entrée et noté qu'il n'y avait pas eu d'amélioration significative durant le séjour. Les plaintes et limitations à l'entrée étaient des douleurs lombaires en barre constantes, avec une irradiation dans la fesse droite et dans la partie postérieure de la cuisse droite, avec des augmentations lors de la mise en charge, à la marche et en position assise prolongée. Elles obligeaient l'assuré à changer de position fréquemment la nuit. Elles augmentaient à la charge, à la marche, à la descente des escaliers. L'assuré utilisait des cannes et des genouillères et parfois une chaise roulante lorsqu'il devait se déplacer sur de longues distances. Pendant le séjour, deux radiographies des genoux avaient été effectuées. On notait à droite un pincement du compartiment fémoro-tibial externe en rapport avec une arthrose vraisemblablement secondaire de ce compartiment, et de discrets remaniements dégénératifs fémoro-patellaires avec une discrète ostéophytose supérieure. Aucune psychopathologie n'avait été retenue. Des facteurs contextuels, tels que propos revendicateurs, tendance à la dramatisation, situation familiale économique précaire source de préoccupations pour l'avenir, et processus d'invalidation bien installé, jouaient un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles et influençaient défavorablement le retour au travail. La participation de l'assuré aux thérapies avait été considérée comme faible. Des incohérences avaient été relevées, telle que la mobilité variable du genou et de la hanche droits, le flexum de la hanche à l'examen analytique mais pas à la marche, la force isométrique du quadriceps, non compatible avec la marche. Les limitations fonctionnelles suivantes étaient retenues : port de charges, positions contraignantes pour les deux genoux, monter sur des échelles et station debout sur des pentes. La situation était stabilisée, sans proposition de nouvelle intervention. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable en raison de facteurs tant médicaux que non médicaux. L'incapacité de travail dans la profession actuelle était complète jusqu'au 11 juillet 2013. Un rapport de physiothérapie était joint, aux termes duquel l'assuré était trop centré sur la douleur pour mettre sur pied un programme de rééducation fonctionnelle. Selon l'avis psychiatrique joint du 11 juin 2013, établi par la doctoresse W \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, l'assuré ne présentait pas de psychopathologie manifeste, et en particulier pas de symptomatologie dépressive ou anxieuse significative, mais des traits de personnalité narcissique, des propos revendicateurs et une tendance à la dramatisation. Une compliance incertaine et une prise anarchique de médicaments sédatifs compliquaient le tableau. Durant son séjour à la CRR, l'assuré a été examiné le 29 mai 2013 par le docteur X \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Après avoir relevé l'anamnèse, ce médecin a indiqué que l'assuré avait commencé à « souffler comme un phoque » ( sic ), à se mettre en hyper-extension et à contracter tous ses muscles lorsqu'il avait tenté de l'examiner. Dans son appréciation, il a noté qu'au vu de la situation actuelle de totalgies, une reprise quelconque de travail était inenvisageable. L'assuré avait 64 ans. Lui octroyer une rente d'invalidité pour une année

jusqu'à ses 65 ans révolus lui ouvrirait la porte à une retraite bien méritée. Un rapport des ateliers professionnels relevait un taux de présence de 30 % de l'assuré. Ce dernier avait refusé toute participation, invoquant ses limitations fonctionnelles. Il n'avait pas véritablement collaboré à la mesure. 42. La doctoresse Y \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la Suva, a procédé à une appréciation du dossier le 11 juillet 2013. Elle a relevé que l'exigibilité à laquelle concluait le Dr O \_\_\_\_\_ correspondait à l'exigibilité actuelle selon les médecins de la CRR. Dans une telle activité, la capacité de travail était complète. L'arthrose n'ayant pas particulièrement évolué, il n'y avait pas de raison de s'écarter de l'avis du Dr O \_\_\_\_\_, selon lequel le seuil d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité n'était pas atteint. 43. Le 15 juillet 2013, la Suva a communiqué à l'assuré que l'indemnité journalière lui serait allouée jusqu'au 30 septembre 2013 sur la base d'une incapacité de travail complète. Elle examinerait son droit à la rente ultérieurement. 44. Dans une note du 17 février 2014, la Suva a calculé le gain annuel de l'assuré comme suit : 40 heures par semaine x 52 semaines x 1.0833, soit CHF 62'032.35 en 2008. Le salaire indexé à 2012 était de CHF 64'828.70. 45. Par décision du 16 septembre 2014, la Suva a octroyé une rente d'invalidité de 13 % à l'assuré, correspondant à CHF 561.90 par mois dès le 1<sup>er</sup> octobre 2013. Elle retenait que l'assuré était en mesure d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie à condition de ne pas trop mettre à contribution ses genoux. Une telle activité pourrait lui rapporter selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) un revenu de CHF 4'714.- par mois (catégorie 4) avec un abattement de 10 %, soit CHF 56'571.27. La comparaison avec le revenu avant invalidité de CHF 5'417.- révélait une perte de gain de 13 %. 46. Après le 1<sup>er</sup> octobre 2014, le Dr P \_\_\_\_\_ a continué d'établir mensuellement des certificats attestant de l'incapacité de travail complète de l'assuré jusqu'au 31 mai 2015. 47. Le 3 octobre 2014, la Dresse M \_\_\_\_\_ a attesté de signes cliniques d'aggravation de la maladie articulaire en lien avec l'accident au genou droit ainsi que de l'état psychologique de l'assuré, qui nécessitait une prise en charge spécialisée. 48. L'assuré, par son mandataire, s'est opposé à la décision de la Suva par écriture du 15 octobre 2013. Il a soutenu que la décision se fondait uniquement sur le rapport de la Dresse Y \_\_\_\_\_ et que l'activité professionnelle retenue comme exigible existait uniquement en théorie. L'assuré devrait en tous les cas mettre à contribution ses genoux, soit en se déplaçant soit en position assise. Au vu de son absence de formation et ses carences linguistiques, seules des activités simples et répétitives sollicitant le plus souvent les genoux étaient envisageables. Il y avait lieu d'organiser une expertise. De plus, l'état de l'assuré n'avait cessé de se dégrader depuis l'avis rendu par la Dresse Y \_\_\_\_\_. 49. Par décision du 31 octobre 2014, l'Office d'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) a reconnu le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juillet 2009. 50. Dans son courrier du 6 novembre 2014, le docteur Z \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a noté une discopathie de type dégénérative, sans hernie discale. L'examen clinique était difficile, malgré des mobilités articulaires des genoux normales. Les radiographies du genou montraient une gonarthrose débutante. Au vu de l'âge de l'assuré, le médecin pensait qu'il ne reprendrait pas d'activité professionnelle. Il n'y avait pas d'indication urgente à l'arthroplastie du genou. 51. Par décision du 10 avril 2015, la Suva a écarté l'opposition. Elle a rappelé le calcul d'invalidité avant de souligner que les facteurs étrangers à l'invalidité ne pouvaient être pris en compte. Or, les facteurs contextuels jouaient un rôle important en l'espèce. Dans ce contexte, l'aggravation alléguée

ne saurait avoir des répercussions sur le droit à la rente. Il n'était d'ailleurs pas indifférent que le Dr Z\_\_\_\_\_ ait eu du mal à examiner l'assuré, malgré des amplitudes articulaires normales des genoux. Dans ces conditions, la mise en œuvre d'une expertise était vouée à l'échec. [endif]>[if> 52. La Dresse M\_\_\_\_\_ a établi une attestation le 4 mai 2015, aux termes de laquelle l'assuré présentait des signes cliniques d'aggravation de sa maladie articulaire et de son état psychologique. Son état s'était aggravé avec une limitation articulaire du genou droit, et une limitation du périmètre de marche. Il ne pouvait porter des charges lourdes, monter ou descendre les escaliers ou maintenir une station debout prolongée. Des troubles psychologiques aggravés s'y ajoutaient. L'assuré n'avait pu reprendre son travail depuis 2008 ou envisager une adaptation de poste. [endif]>[if> 53. Par écriture du 15 mai 2015, l'assuré a interjeté recours contre la décision de la Suva. Il a conclu, sous suite de dépens, préalablement à son audition et à l'audition des Drs M\_\_\_\_\_, N\_\_\_\_\_, U\_\_\_\_\_ et V\_\_\_\_\_ ; à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire aux frais de l'intimée ; cela fait à ce qu'il soit autorisé à modifier ses conclusions ; à l'annulation de la décision du 10 avril 2015 ; à l'octroi d'une rente d'invalidité d'au moins 28 % ; subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision. [endif]>[if> Il a allégué qu'il s'exprimait difficilement en français et lisait encore moins bien cette langue. Depuis son accident, il n'avait plus été en mesure d'exercer une quelconque activité lucrative. Ses douleurs étaient insupportables et il était contraint de se déplacer avec deux béquilles. Il ne pouvait ainsi plus exercer aucune activité mettant à contribution ses genoux. Son état de santé s'était aggravé depuis l'accident, comme cela ressortait des IRM du 15 septembre 2009 et du 11 octobre 2010. Ses douleurs s'étaient également aggravées. Au regard de son niveau de formation professionnelle et de ses capacités linguistiques limitées, le recourant ne pouvait qu'exercer des activités simples et répétitives ne mettant pas à contribution ses genoux. Seule une expertise permettrait de déterminer avec précision quelle activité pourrait être exercée. L'intimée avait considéré dans sa décision que le recourant était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie à la condition de ne pas trop mettre à contribution ses genoux. Or, elle ne prenait pas en considération ses limitations fonctionnelles réelles et ne tenait pas compte des rapports médicaux et des IRM effectués. L'intimée s'était appuyée uniquement sur les appréciations médicales de ses médecins d'arrondissement, dont la portée était très relative dans la mesure où ils avaient été effectués à la demande de l'intimée et uniquement sur la base des pièces communiquées par cette dernière, sans examen du recourant, alors même que les rapports médicaux et les radiographies montraient une aggravation de son état de santé. Il ressortait en effet des nombreux rapports médicaux que le recourant subissait un dommage permanent lié à l'accident ne lui permettant pas de reprendre une activité lucrative. Aucun médecin consulté par le recourant n'avait considéré que celui-ci pouvait reprendre une activité lucrative, même adaptée. Bien plus, les pressions exercées sur ses genoux étaient trop fortes pour qu'il puisse se déplacer sans ses cannes. En outre, à la suite de son accident, il était sujet à des épisodes dépressifs récurrents, accentués par l'aggravation de l'état de ses genoux. Ces constats ressortaient des nombreux rapports médicaux intermédiaires et également du récent constat médical établi par la Dresse M\_\_\_\_\_ le 4 mai 2015. L'audition de la Dresse M\_\_\_\_\_ et du Dr N\_\_\_\_\_, ainsi qu'une expertise pluridisciplinaire, permettraient de confirmer une telle aggravation. En ne tenant pas compte de ces éléments et en n'ordonnant pas d'expertise, l'intimée avait apprécié les preuves de manière arbitraire. En outre, au regard de son âge au moment de l'accident, les perspectives pour le recourant

de retrouver un emploi adapté auraient été très limitées. Ainsi, l'abattement de 10 % était inadmissible. En l'occurrence, une diminution de 25 % du salaire statistique se justifiait. La rente d'invalidité pouvait être estimée à 28 % en tenant compte d'un revenu d'invalidé annuel de CHF 46'671.27 (soit CHF 62'228.35 - CHF 15'557.03) avec réduction de 25 %.

54. Dans sa réponse du 13 août 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a allégué qu'au plan somatique, tous les médecins consultés s'accordaient à admettre que le recourant présentait comme séquelles de l'accident une gonarthrose droite sur status après fracture articulaire et lésion méniscale. Les médecins se rejoignaient également quant aux limitations fonctionnelles à retenir. Ainsi, à l'instar des Drs U \_\_\_\_\_ et V \_\_\_\_\_, les Drs O \_\_\_\_\_ et Y \_\_\_\_\_ avaient admis une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, soit sans port de charges, positions contraignantes pour les genoux, station debout en pente, et utilisation d'échelles. Rien ne remettait en cause ces appréciations médicales, qui satisfaisaient aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante de tels documents. En particulier, si la Dresse M \_\_\_\_\_ faisait état d'une aggravation des atteintes au genou droit du recourant, elle n'attestait pas, dans sa prise de position du 4 mai 2015, d'autres limitations que celles prises en compte dans la décision litigieuse. Quant aux autres certificats figurant au dossier, ils n'établissaient nullement que le recourant n'était pas capable de travailler dans une activité adaptée. S'agissant des troubles d'ordre psychique dont se plaignait le recourant, ils n'étaient pas de nature à influencer sur l'issue de la présente procédure dès lors que leur prise en charge n'incombait pas à l'intimée, ce que le recourant ne contestait pas. Une expertise n'était ainsi pas nécessaire. En ce qui concernait l'abattement à appliquer au revenu d'invalidé, la nationalité, les années de service auprès de l'ancien l'employeur et le taux d'occupation exigible ne constituaient pas des éléments susceptibles d'avoir un effet sur le montant du salaire que le recourant pourrait prétendre sur le marché du travail, ce qui n'était au demeurant pas allégué. Quant à ses limitations fonctionnelles, elles ne justifiaient qu'une réduction modérée du salaire statistique, dès lors qu'elles n'apparaissaient pas particulièrement contraignantes. En outre, les difficultés linguistiques n'étaient pas déterminantes au regard de la nature des activités encore exigibles. L'âge avancé légitimait une déduction du salaire statistique. Au vu de l'ensemble des circonstances, cet abattement ne saurait toutefois excéder 10 %. La décision de l'intimée n'était partant pas critiquable et devait être confirmée. Cela étant, l'intimée avait évalué le gain en question au regard des statistiques de l'ESS 2010. Pourtant, les tableaux figurant dans l'ESS 2012 devaient être pris comme référence dans tous les cas qui appelaient une comparaison de revenus, quel que soit le stade procédural en question. En l'occurrence, la prise en considération des statistiques ressortant de l'ESS 2012 permettait d'évaluer le revenu d'invalidé à CHF 59'070.01 par année compte tenu d'un horaire de travail hebdomadaire de 41.8 heures et d'un abattement de 10 % et de l'indexation en 2013 (TA1\_tirage\_skill\_level, niveau de compétence 1). La mise en comparaison de ce revenu avec le gain de valide laissait apparaître un degré d'invalidité de 9 %, inférieur au taux minimal de 10 % ouvrant le droit à une rente d'invalidité. Sans pour autant procéder à la reconsidération de sa décision, l'intimée voyait à tout le moins dans ce qui précédait un argument supplémentaire tendant à la confirmation de sa décision entreprise.

55. Par réplique du 14 septembre 2015, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a répété qu'aucun des médecins consultés n'avait retenu qu'il pouvait reprendre une activité lucrative, même adaptée, et que son âge, son expérience professionnelle et ses capacités linguistiques ne lui auraient pas permis de retrouver un emploi. Sa situation médicale s'était aggravée au plan des douleurs, et il n'avait plus de sensibilité à la jambe droite. Il avait pris

rendez-vous avec deux spécialistes en France afin de tenter de soulager ses douleurs et d'améliorer sa situation. Il a repris les arguments développés dans son recours, contestant en particulier l'abattement retenu par l'intimée, et alléguant que les critères qu'il avait invoqués étaient pertinents pour en déterminer l'étendue. Au lieu de retenir une déduction de 10 %, l'intimée aurait dû à tout le moins appliquer une déduction de 25 %. Quant aux données statistiques applicables, l'intimée faisait preuve d'arbitraire en décidant sans aucun fondement de procéder à un nouveau calcul du revenu d'invalidé sur la base de l'ESS 2012 dès lors que sa décision – postérieure à l'ESS 2012 – se fondait sur les données statistiques de 2010.!

56. Dans sa duplique du 9 octobre 2015, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Elle a réaffirmé que les prises de position des Drs U\_\_\_\_\_, V\_\_\_\_\_, O\_\_\_\_\_, Y\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ établissaient à suffisance de droit que les séquelles physiques de l'accident n'empêchaient pas le recourant d'exercer une activité n'impliquant pas de porter des charges et d'utiliser des échelles, et n'imposant pas de travailler dans des positions contraignantes pour les genoux ou en position debout, en particulier sur les pentes. Il était vrai que les médecins traitants du recourant avaient de nombreuses fois attesté de son incapacité totale de travail. Dans la mesure où ils ne se prononçaient pas sur la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée, ces documents non motivés ne lui étaient d'aucun secours. Par ailleurs, on comprenait à la lecture des avis de différents médecins ayant examiné l'assuré qu'une reprise du travail était défavorable même dans une activité adaptée. Cette observation paraissait toutefois se justifier en raison de circonstances dont l'assureur-accidents ne devait pas répondre, en particulier l'âge avancé du recourant. Au plan psychique, le recourant soutenait souffrir de troubles en lien avec l'accident assuré. Pourtant, lors de son hospitalisation à la CRR, la Dresse W\_\_\_\_\_ n'avait pas retenu de diagnostic d'ordre psychique. Aucun élément ne remettait en cause cette conclusion. De plus, les circonstances de l'accident et ses conséquences ne permettaient pas de considérer celui-ci comme la cause adéquate d'éventuels troubles psychiques. L'intimée a également répété que l'abattement auquel elle avait procédé sur le revenu d'invalidé était adéquat.!

57. Dans ses déterminations du 22 octobre 2015, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a contesté le défaut de motivation des rapports de ses médecins traitants. Il a derechef requis l'audition des Drs M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_. Son état dépressif avait été confirmé par la Dresse M\_\_\_\_\_. Partant, l'intimée échouait à démontrer que le taux de la rente d'invalidité devait être maintenu à 13 %.!

58. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture à l'intimée le 2 novembre 2015.!

59. Sur ce, la cause a été gardée à juger.!

**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 dès 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).!

2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La LPGA, entrée en force le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable à la présente procédure.!

4. Le recours a été déposé dans les délai et forme prévus par la loi (art. 56ss LPGA). !

5. L'objet du litige dans la procédure administrative contentieuse 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. Les questions qui - bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation - ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.2). En l'espèce, la décision sur opposition circonscrit l'objet de la contestation au seul droit à la rente du recourant, et ce dernier ne prend pas de conclusions portant sur d'autres prestations dans son recours. Ainsi, conformément à la jurisprudence précitée, l'objet du litige se limite au taux d'invalidité du recourant et à la rente qui en découle dès le 1<sup>er</sup> octobre 2013. 5. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPG). La responsabilité de l'assureur-accident 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 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). En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_98/2015 du 18 juin 2015 consid. 3.1). Il convient de s'attacher non pas 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. Ainsi, lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné légèrement la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut être d'emblée niée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 324/99 du 10 janvier 2001 consid. 2c). Ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'un accident de peu de gravité peut constituer la cause adéquate d'une incapacité de travail et de gain d'origine psychique. Il faut alors que les conséquences immédiates de l'accident soient susceptibles d'avoir entraîné les troubles psychiques et que les critères applicables en cas d'accident de gravité moyenne se cumulent ou revêtent une intensité particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_510/2008 du 24 avril 2009 consid. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 369/01 du 4 mars 2002 consid. 2c). 6. Si l'assuré est invalide (art. 8 LPG) 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 LPG 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). 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).

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

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. A 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. Encore faut-il, pour que l'assurance-invalidité soit liée par l'évaluation de l'assurance-accidents, que celle-ci ait fait l'objet d'une décision passée en force. Tel est le cas si l'entrée en force de la décision de l'assurance-accidents est postérieure à la décision attaquée de l'assurance-invalidité, mais qu'elle est intervenue au cours de la procédure de recours (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 406/01 du 28 novembre 2002 consid. 1.2). Ces principes valent également lorsqu'à l'inverse, la décision de l'assurance-accidents est postérieure à celle de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 259/00 du 16 mars 2001 consid. 5b).

8. 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). S'agissant de la fixation du revenu d'invalidé, 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<sup>ème</sup> éd. 2010, p. 294ss). Le revenu d'invalidé 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 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'invalidé peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait toucher l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. 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) (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_259/2007 du 8 mai 2008 consid. 4.1). Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

9. En matière d'assurance-invalidité, lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5). L'assurance-invalidité n'a pas à répondre du fait qu'un assuré ne trouve plus d'emploi adapté à ses atteintes à la santé en raison de son âge. Dans le cadre de l'examen de l'exigibilité qu'imposent tant la notion de marché du travail équilibré que le devoir de réadaptation – examen qui interdit de partir d'hypothèses irréalistes – l'âge

avancé ne constitue toutefois pas un facteur étranger à l'invalidité, mais fait partie des caractéristiques qui, cumulées aux circonstances personnelles et professionnelles, peuvent avoir pour conséquence que la capacité résiduelle de gain de l'assuré n'est de manière réaliste plus demandée sur le marché équilibré du travail et que sa mise en valeur n'est plus exigible (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2 et les références). Le moment auquel la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3). Le Tribunal fédéral a considéré que le seuil dès lequel on peut parler d'âge avancé se situe à 60 ans (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2).

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).

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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d) S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2). 11. Un justiciable a le droit de faire administrer des preuves essentielles en vertu de la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu (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 (ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). 12. En l'espèce, on relèvera en préambule que l'intimée s'est écartée de l'appréciation de l'invalidité à laquelle a procédé l'OAIE. Cependant, comme on l'a vu, l'assurance-invalidité est tenue de prendre en considération l'âge avancé d'un assuré. En revanche, en vertu de l'art. 28 al. 4 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202), si, en raison de son âge, l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative après l'accident ou si la diminution de la capacité de gain est due essentiellement à son âge avancé, les revenus de l'activité lucrative déterminants pour l'évaluation du degré d'invalidité sont ceux qu'un assuré d'âge moyen dont la santé a subi une atteinte de même gravité pourrait réaliser. Cette disposition vise deux situations : celle où l'assuré, en raison de son âge, ne reprend plus d'activité lucrative après l'accident et celle où l'atteinte à sa capacité de gain a principalement pour origine l'âge avancé de l'assuré. Dans ces deux cas, l'incapacité de gain doit être toutefois imputée au moins partiellement à l'accident. Le revenu hypothétique déterminant pour l'évaluation du degré d'invalidité est alors celui qu'un assuré d'âge moyen dont la santé a subi une atteinte de même gravité pourrait réaliser. Ce système repose sur le fait qu'une même atteinte à la santé peut entraîner chez une personne âgée une invalidité totale, alors qu'elle n'occasionne souvent aucune invalidité chez une personne d'âge moyen. L'art. 28 al. 4 OLAA empêche que l'assuré d'âge avancé dont l'invalidité due à l'accident est peu importante perçoive une rente viagère d'invalidité, qui aurait en l'occurrence le caractère d'une rente de vieillesse. L'assuré d'âge avancé ne percevra donc une rente d'invalidité que dans la mesure où une telle rente serait octroyée dans les mêmes conditions à un assuré d'âge moyen, présentant les mêmes capacités professionnelles et les mêmes aptitudes (André GHÉLEW / Olivier RAMELET / Jean-Baptiste RITTER, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, Lausanne 1992, p. 103). Selon la jurisprudence, l'âge moyen au sens de l'art. 28 al. 4 OLAA se situe entre 40 et 45 ans (ATF 122 V 418 consid. 1b). Partant, le fait que l'intimée ne se soit pas ralliée à la décision de l'OAIE n'est pas critiquable, dès lors qu'elle n'a pas à prendre en considération l'âge du recourant dans son appréciation de l'invalidité. L'intimée a tenu compte dans son calcul du degré d'invalidité d'une capacité de travail totale du recourant dans une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à condition de ne pas trop mettre à contribution ses genoux. Cela correspond

aux constatations des médecins de la CRR, qui ont exclu le port de charges, les positions contraignantes pour les genoux, les travaux sur des échelles et la station debout sur des terrains pentus. Le rapport des Drs U\_\_\_\_\_ et V\_\_\_\_\_ correspond aux réquisits jurisprudentiels en matière de force probante de rapports médicaux, dès lors qu'il a été établi en connaissance du dossier médical du recourant, qu'il tient compte de ses antécédents, relate ses plaintes, que les médecins se fondent sur des examens médicaux poussés, complétés par des consultations auprès d'autres spécialistes et des examens radiologiques, et que leurs conclusions et diagnostics sont clairs, motivés et convaincants. Il n'existe de plus aucun rapport médical permettant de mettre en doute les conclusions des Drs U\_\_\_\_\_ et V\_\_\_\_\_. Elles correspondent, s'agissant de l'activité adaptée, aux conclusions des Drs O\_\_\_\_\_ et Y\_\_\_\_\_. Si l'on se réfère au rapport de consultation du Dr X\_\_\_\_\_, force est de constater que l'incapacité de gain totale que ce médecin mentionne n'est nullement motivée et ne se fonde pas sur des éléments médicaux objectifs, mais sur l'âge du recourant, qui n'est pas un facteur pertinent en assurance-accidents, comme on l'a vu. Quant au Dr P\_\_\_\_\_, il a attesté d'une incapacité de travail totale. Il n'a cependant pas motivé cette conclusion, et il ne s'est pas expressément prononcé sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. La Dresse M\_\_\_\_\_ a certes signalé une aggravation de la maladie articulaire en octobre 2014. Elle n'a cependant pas décrit en quoi consisterait cette aggravation, et les limitations fonctionnelles qu'elle a relevées dans son attestation du 4 mai 2015 se confondent largement avec celles émises par les médecins de la CRR, de sorte qu'on peut douter que l'aggravation alléguée modifie la capacité de gain retenue par l'intimée dans sa décision. Le fait que le recourant n'ait pas envisagé de reprise de travail depuis 2008, comme le note ce médecin, ne signifie pas qu'il n'en soit pas capable au plan médico-théorique. On notera en outre que le Dr Z\_\_\_\_\_, consulté en novembre 2014 par le recourant, a relevé des mobilités articulaires normales et indiqué que les documents radiologiques révélaient une gonarthrose débutante, ce qui correspond aux constatations des Drs U\_\_\_\_\_ et V\_\_\_\_\_ et tend donc à infirmer l'hypothèse d'une aggravation objective de l'atteinte du recourant, puisque l'arthrose n'a pas évolué depuis son séjour à la CRR. Quant aux éventuels troubles psychiques, il n'y a pas lieu d'en tenir compte, dès lors leur prise en charge n'incombe pas à l'intimée. En effet, le recourant a subi une chute en soi relativement anodine au guidon de son scooter, événement qui doit être classé dans la catégorie des accidents de peu de gravité. Partant, un lien de causalité entre les troubles psychiques et l'accident doit d'emblée être nié. Les arguments du recourant ne permettent pas de parvenir à une autre appréciation. S'agissant de l'absence de formation et du fait qu'il maîtriserait mal le français – affirmation qui n'est d'ailleurs corroborée par aucun intervenant – il faut rappeler que ni l'assurance-accidents, ni l'assurance militaire ou l'assurance-invalidité n'ont à répondre d'une diminution de la capacité de gain due essentiellement à d'autres facteurs qu'à une atteinte à la santé, tels que le manque de formation professionnelle ou des difficultés d'ordre linguistique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 388/01 du 2 décembre 2002 consid. 2.2). Quant au fait que seules des activités mettant à contribution ses genoux seraient accessibles, il s'agit d'une allégation que le recourant n'étaye pas. Il convient au contraire d'admettre que les limitations fonctionnelles du recourant ne sont pas telles qu'elles rendent impossible l'accès au marché du travail, qui comprend un éventail suffisamment large d'activités sédentaires accessibles sans formation. Le recourant affirme que l'intimée n'aurait pas tenu compte de ses limitations réelles. Il ne peut être suivi sur ce point dès lors que la Dresse M\_\_\_\_\_ reprend pour l'essentiel les limitations des médecins de la CRR. Le recourant soutient de

surcroît qu'il doit se déplacer avec des béquilles. Outre le fait que cela n'entrave pas en soi l'exercice d'une activité sédentaire, on relèvera que leur utilisation n'apparaît pas indispensable au plan médical. La Dresse C\_\_\_\_\_ préconisait en effet déjà en avril 2011 que le recourant y renonce, et aucun médecin n'en souligne la nécessité. L'aggravation qu'il invoque depuis l'accident, et qui ressortirait des IRM réalisées en 2009 et 2010, correspond à une gonarthrose débutante prise en compte dans la détermination des limitations fonctionnelles par les médecins. Quant aux douleurs qui auraient augmenté, on notera que celles-ci ne sont pas entièrement corrélées par un substrat organique. Le Dr O\_\_\_\_\_ a en effet indiqué que les constats radiologiques ne suffisaient pas à expliquer l'ampleur des plaintes du recourant. Les médecins de la CRR ont également noté des divergences entre leurs observations cliniques et les éléments mis en avant par le recourant. Le Dr P\_\_\_\_\_ a également évoqué la difficulté de cerner les symptômes du recourant, dont la personnalité était qualifiée d'histrionique. L'augmentation des douleurs alléguées n'est de plus confortée par aucun élément clinique objectif. Les autres griefs du recourant ne résistent pas non plus à l'examen. En tant qu'il reproche à l'intimée d'avoir fondé sa décision sur les appréciations des médecins d'arrondissement, il méconnaît le fait que la capacité de travail dans une activité adaptée retenue par l'intimée correspond à celle délimitée par les Drs U\_\_\_\_\_ et V\_\_\_\_\_. Par surabondance, le Dr O\_\_\_\_\_ a examiné en personne le recourant, contrairement à ce que ce dernier affirme. Quoi qu'il en soit, un rapport médical établi sur dossier n'est pas en soi dénué de force probante, comme cela ressort de la jurisprudence citée. Eu égard à ce qui précède, la chambre de céans ne s'écartera pas de la capacité de travail dans une activité adaptée telle que retenue par l'intimée. Compte tenu de la force probante du rapport des médecins de la CRR, il s'avère en particulier inutile de mettre en œuvre une expertise, par appréciation anticipée des preuves. Au vu des difficultés rapportées tant par le Dr X\_\_\_\_\_ que par le Dr Z\_\_\_\_\_ pour procéder à l'examen clinique du recourant, on peut de plus, à l'instar de l'intimée, douter de l'utilité d'une telle mesure. Egalement par appréciation anticipée des preuves, la chambre de céans renoncera à l'audition des médecins requise par le recourant et à entendre ce dernier. 13. Il reste à vérifier si le calcul de l'intimée est correct. ![/endif]>![if> En ce qui concerne le revenu sans invalidité, on rappellera que selon l'art. 24 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202), lorsque le droit à la rente naît plus de cinq ans après l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle, le salaire déterminant est celui que l'assuré aurait reçu, pendant l'année qui précède l'ouverture du droit à la rente, s'il n'avait pas été victime de l'accident ou de la maladie professionnelle, à condition toutefois que ce salaire soit plus élevé que celui qu'il touchait juste avant la survenance de l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle. Cette disposition est applicable en l'espèce, dès lors que le droit à la rente naît le 1<sup>er</sup> octobre 2013, soit plus de cinq ans après l'accident de mai 2008. Selon les données fournies par l'employeur en mars 2013, le salaire horaire du recourant, suppléments pour vacances et 13<sup>ème</sup> salaire inclus, aurait été de CHF 36.33 en 2013. Le pourcentage afférent aux vacances indiqué était de 14.04 %. Un droit aux vacances de six semaines correspondant à une indemnité de 13.043 % (Rémi WYLER / Boris HEINZER, Droit du travail, 3<sup>ème</sup> éd. 2014, p. 400), on admettra que c'est à des congés de cette durée au moins que pouvait prétendre le recourant. Ainsi, compte tenu d'un horaire hebdomadaire de 40 heures et de 46 semaines de travail par année, le revenu annuel aurait été de CHF 66'759.30 en 2013. En ce qui concerne le revenu avec invalidité, l'intimée l'a fixé à CHF 56'571.27, affirmant dans sa réponse du 13 août 2015 qu'elle s'était fondée sur l'ESS 2010, faisant valoir par surabondance que les données tirées de l'ESS 2012 devaient être

prises comme références pour le revenu avec invalidité. Or, les résultats de l'ESS 2012 n'ont été publiés qu'en octobre 2014, si bien que l'intimée n'en disposait pas encore au moment où elle a rendu la décision sujette à opposition. C'est ainsi à juste titre qu'elle s'est fondée sur les chiffres tirés de l'ESS 2010 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_526/2015 du 11 septembre 2015 consid. 3.2.2). La chambre de céans n'appliquera ainsi pas les revenus tirés de l'ESS 2012 mais s'en tiendra aux données de l'ESS 2010. Or, le salaire dans une activité simple et répétitive de niveau 4, soit CHF 4'901.- par mois pour 40 heures par semaine selon l'ESS 2010 (TA1 ligne Total), correspond après indexation et adaptation à la durée normale de travail (DNT) de 41.7 heures à CHF 62'919.38 en 2013. En ce qui concerne l'abattement de 10 %, l'intimée affirme qu'il est conforme à la jurisprudence. A titre d'exemples, dans le cas d'un assuré de 57 ans, longtemps absent du marché du travail, disposant d'une capacité de travail complète avec une diminution de rendement de 20 %, dont les limitations fonctionnelles consistaient en mesures classiques d'épargne de la colonne vertébrale, le Tribunal fédéral a confirmé un abattement de 15 % (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_713/2009 du 22 juillet 2010 consid. 4.3). Il a également considéré que l'abattement maximal que l'on pouvait admettre pour un assuré âgé de 62 ans, présentant des séquelles accidentelles aux membres inférieurs mais capable de travailler à plein temps, était de 15 % (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 329/02 du 2 septembre 2003 consid. 4.3). Au regard de ces arrêts, force est d'admettre qu'en appliquant un abattement de 10 %, l'intimée, sans être particulièrement favorable au recourant, est restée dans les limites de son pouvoir d'appréciation, de sorte que la chambre de céans ne saurait revoir la quotité de cette réduction. Ainsi, le revenu d'invalidité est réduit à CHF 56'627.10. La comparaison entre le revenu sans invalidité aboutit à un degré d'invalidité de 15.3 %, qui sera arrondi au chiffre inférieur (ATF 130 V 121 consid. 3.2), soit 15 %. Le recourant a ainsi droit à une rente d'invalidité de 15 %. 14. Eu égard à ce qui précède, le recours est très partiellement admis. Le recourant a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 800.- (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). 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.