

GE_GERICHTE A/2232/2017 vom 11. April 2018

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2232_2017

FR: GE_GERICHTE A/2232/2017 du 11 avril 2018

IT: GE_GERICHTE A/2232/2017 del 11 aprile 2018

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à CHATELAINE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Daniela LINHARES recourant contre SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1957, sans formation, marié et père de deux enfants, est entré au service de la société coopérative B_____ Genève (ci-après : l'employeur) le 1^{er} avril 2005 en qualité de cuisinier et travaillait à plein temps au restaurant du centre commercial C_____, sur la base d'un contrat de travail de durée indéterminée. À ce titre, il était assuré auprès de la SUVA (ci-après : l'assureur ou l'intimée) pour les accidents professionnels et non professionnels.![endif]>![if> 2. Le 10 octobre 2011, alors qu'il circulait au guidon de son scooter, l'assuré a été percuté violemment par le conducteur d'un autre scooter. Selon la déclaration de sinistre LAA, complétée par l'employeur le lendemain, cet accident avait entraîné une atteinte au genou droit, suivie d'une admission aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG).![endif]>![if> 3. Le 24 octobre 2011, l'assuré a fait savoir à l'assureur que le traitement médical n'était pas achevé et qu'il n'était pas apte à reprendre le travail.![endif]>![if> 4. Le 27 octobre 2011, l'assureur a informé l'assuré qu'il lui allouerait des prestations d'assurance pour les suites de l'accident non professionnel du 10 octobre 2011, en particulier des indemnités journalières d'un montant de CHF 134.20 par jour calendaire. ![endif]>![if> 5. Par certificat médical du 27 octobre 2011, le docteur D_____, médecin remplaçant au service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil moteur des HUG, a indiqué que l'assuré avait été hospitalisé du 10 au 27 octobre 2011 et que son incapacité de travail était entière du 10 octobre au 11 décembre 2011 inclus. ![endif]>![if> 6. Selon la lettre de sortie des HUG du 2 novembre 2011, établie par les docteurs E_____, D_____ et F_____, respectivement chef de clinique, médecin interne et médecin-chef de service, l'assuré s'était réceptionné sur le côté droit au moment de la collision avec l'autre scooter, ce qui lui avait valu une importante douleur au genou droit, accompagnée d'une impotence fonctionnelle de celui-ci. Le diagnostic de fracture Schatzker V du plateau tibial droit – confirmé par CT (computed tomography ; tomographie informatisée) du 11 octobre 2011, avait été posé le jour de l'accident par le service des urgences des HUG. L'intervention pratiquée le 14 octobre 2011 avait consisté en une ostéosynthèse du plateau tibial droit. ![endif]>![if> 7. Dans le cadre d'un entretien s'étant déroulé le 21 février 2012 avec un collaborateur de l'assureur, l'assuré a déclaré qu'il y avait un léger mieux mais que son genou droit restait encore fragile et douloureux. La marche s'effectuait à l'aide de cannes anglaises et sur de courtes distances uniquement. Il prenait quotidiennement des médicaments et suivait des séances de physiothérapie à raison de deux à trois fois par semaine. Pour le moment, son incapacité de travail demeurait totale et pour une durée indéterminée. Sur le plan

professionnel, son activité au restaurant C _____ consistait à préparer les différents repas et menus, ainsi qu'à nettoyer les cuisines. Cette activité s'exerçait toujours en position debout, « avec beaucoup de piétinements » et de travaux de manutention.![endif]>![if> 8. Par avis du 24 février 2012, le docteur G _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de l'assureur, a estimé que l'incapacité de travail actuelle de l'assuré était justifiée et que tel serait toujours le cas pendant six à neuf mois après l'intervention du 14 octobre 2011.![endif]>![if> 9. Par courrier du 9 mars 2012, l'assureur a invité l'assuré à compléter un formulaire de demande AI et à adresser celui-ci à l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI).![endif]>![if> 10. Dans un rapport du 26 juin 2012, le docteur H _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, a indiqué qu'à huit mois de l'ostéosynthèse subie le 14 octobre 2011, l'évolution était défavorable, avec une importante laxité antéro-postérieure sur non guérison de l'insertion osseuse des ligaments croisés antérieur et postérieur avec la présence d'une importante arthrose du compartiment externe, comme en témoignaient de récents documents d'imagerie médicale. Au vu de cette évolution, la mise en place d'une prothèse totale du genou était à l'étude.![endif]>![if> 11. Dans un rapport du 31 juillet 2012, la docteure I _____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics de fracture complexe du plateau tibial du genou droit, lésion des ligaments croisés antérieur et postérieur du genou droit, d'arthrose du genou droit et d'algoneurodystrophie. L'évolution était marquée par une persistance des douleurs, une non-consolidation totale et une boiterie à la marche. Une reprise du travail n'était actuellement pas prévue et il était trop tôt pour se prononcer sur l'existence d'un dommage permanent. ![endif]>![if> 12. Le 29 avril 2013, l'employeur a licencié l'assuré pour le 31 juillet 2013. À partir du 1^{er} août 2013, les indemnités journalières, s'élevant à 80% de son salaire, lui ont été versées directement par l'assureur.![endif]>![if> 13. Le 9 septembre 2013, l'assuré a subi une intervention consistant en la pose d'une prothèse totale du genou droit. Selon la lettre de sortie du 30 septembre 2013 du service de chirurgie orthopédique des HUG, les suites post-opératoires avaient été favorables et l'assuré avait commencé une rééducation à la marche à l'aide de deux cannes le surlendemain de l'opération. ![endif]>![if> 14. Joint par téléphone le 9 janvier 2014 par un collaborateur de l'assureur, l'assuré a déclaré qu'il constatait des craquements dans son genou droit, ce phénomène étant audible lorsqu'il tendait la jambe. Une consultation auprès du Dr H _____ était prévue le jour même.![endif]>![if> 15. Le 10 janvier 2014, l'assuré a contacté l'assureur par téléphone et lui a annoncé que le Dr H _____, consulté la veille, avait également constaté les craquements évoqués, tout en lui assurant que pour l'instant la situation semblait en ordre au niveau de la prothèse, mais qu'il fallait renforcer la musculature. Le processus de récupération serait long et s'étendrait sur une année. Pour le reste, l'assuré a confirmé qu'il ne pouvait pas encore marcher correctement et qu'il ressentait encore des douleurs importantes.![endif]>![if> 16. Par certificat du 10 janvier 2014, le Dr H _____ a attesté que l'assuré était en arrêt de travail complet du 9 janvier au 9 février 2014.![endif]>![if> 17. Dans un rapport du 13 février 2014, qui faisait suite à l'examen qu'il avait effectué deux jours plus tôt, le Dr G _____ a indiqué que l'assuré se plaignait de quelques difficultés à la marche et d'une douleur persistante. Même si cette dernière avait légèrement diminué à la faveur de l'intervention chirurgicale du 9 septembre 2013, elle persistait néanmoins « à l'intérieur » au point d'être insomniente. Sur le plan de la mobilité, l'assuré avait une « sensation de vide » au moment du déroulement du pas et marchait toujours avec deux cannes. Son périmètre de marche était d'environ 500 m et la douleur se

déclenchait au-delà de cette distance. Il était également sujet à des épisodes de gonflement qui se déclenchaient lors d'activités physiques. Même s'il n'y avait pas d'instabilité franche, il ressentait parfois des épisodes de pseudo-blocages de son genou droit. Selon le Dr G _____, il existait objectivement une limitation de la fonction du genou droit – encore gonflé et douloureux – avec boiterie à la marche. La situation n'était donc pas stabilisée pour l'instant. Sans préjudice de ce qui précédait, la reprise de l'activité de cuisinier ne serait pas exigible et il convenait d'ores et déjà d'envisager une réadaptation professionnelle dans un métier ne nécessitant pas le port de charges lourdes de plus de 10 kg et permettant l'alternance de la position assise/debout. Les marches en terrain instable ainsi que la position debout prolongée seraient à éviter, de même que l'utilisation répétitive d'échelles et d'escaliers. En bref, il était souhaitable d'envisager un métier plutôt sédentaire. En respectant les limitations précitées, une activité à plein temps serait envisageable après stabilisation du cas. Concernant l'indemnité pour l'atteinte à l'intégrité, celle-ci pourrait être établie définitivement après stabilisation du cas. Toutefois, des avances sur cette indemnité, à raison d'au moins 20% pouvaient être octroyées dès maintenant à l'assuré en cas de besoins financiers.!

18. Le 8 octobre 2014, le Dr H _____ a informé le médecin traitant de l'assuré, la Dresse I _____, que celui-ci avait donné son accord à une révision de sa prothèse – adhésiolyse autour de la rotule pour en améliorer la fonction.!

19. Le 12 décembre 2014, l'assuré a subi une intervention consistant dans la reprise chirurgicale de sa prothèse totale du genou – synovectomie subtotale et resurfaçage de la rotule.!

20. Dans un rapport du 10 février 2015 à l'assureur, la doctoresse J _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que l'évolution de l'état de santé de l'assuré était mauvaise depuis décembre 2012. Celui-ci avait été réopéré du genou le 12 décembre 2014 et opéré de la vésicule biliaire le 15 janvier 2015. Sur le plan psychique, elle retenait le diagnostic de réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22). L'assuré était déprimé et angoissé avec des idées noires (pas suicidaires) ; il se plaignait notamment de troubles du sommeil avec des réveils nocturnes et des cauchemars, de troubles de l'appétit et de la concentration ; il n'avait pas confiance en lui, ne faisait pas confiance à autrui et se repliait sur lui-même. De plus, il était tendu, irritable et ne supportait pas le bruit. Le pronostic était défavorable.!

21. Dans un rapport de consultation du 9 juillet 2015, le Dr H _____ a mentionné que l'évolution était lentement favorable et que l'assuré marchait toujours avec une canne, « par sécurité surtout ». Aussi lui avait-t-il proposé de continuer à se déplacer avec ce moyen auxiliaire si celui-ci lui permettait de se sentir plus sûr. Pour le reste, l'assuré devait poursuivre les séances de physiothérapie et un nouveau contrôle était prévu à une année de la dernière intervention. Dans la mesure où l'assuré lui avait expliqué qu'il lui était difficile de rester longtemps debout, il était nécessaire d'envisager une reconversion professionnelle, l'exercice de l'ancienne activité de cuisinier n'étant plus exigible.!

22. Le 12 janvier 2016, l'employeur a fait savoir à l'assureur que si l'assuré n'avait pas été victime de l'accident du 10 octobre 2011, son revenu se serait élevé à CHF 4'785.- en 2015, respectivement CHF 4'810.- en 2016, et qu'il aurait été versé en treize mensualités. À cette somme se serait ajoutée une autre indemnité (« CM-Part ») de CHF 400.- par an en 2015, respectivement CHF 600.- en 2016.!

23. Dans un rapport de consultation du 8 février 2016, qui était destiné à faire le point un an après la reprise de la prothèse du 12 décembre 2014, le Dr H _____ a noté que l'évolution était peu favorable depuis la consultation du 9 juillet 2015. L'assuré se déplaçait toujours à l'aide d'une canne et rapportait une persistance des douleurs. Après un examen clinique qui avait objectivé des

douleurs à la palpation et un bilan radiologique qui avait montré que le matériel prothétique était en place, sans signe de descellement, le Dr H_____ proposait la poursuite de la physiothérapie et de l'utilisation d'une canne et encourageait une reconversion professionnelle. La reprise de l'activité de cuisinier semblait en effet compromise.

!endif]>!if> 24. Dans un rapport du 15 février 2016, la Dresse I_____ a posé les diagnostics de gonalgies droites spécifiques à la prothèse totale du genou, de lombosciatalgies et d'état dépressif. S'y ajoutait un nouvel épisode de pancréatite en 2016.

S'agissant de la jambe droite, il existait une lente amélioration mais on notait également la persistance d'une amyotrophie du quadriceps droit. !endif]>!if> 25. Le 25 avril 2016, l'assuré s'est rendu auprès de la doctoresse K_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de l'assureur, en vue d'un examen final du cas. Dans son rapport du 28 avril 2016, ce médecin a constaté qu'il existait une nette boiterie et que la marche sur la pointe de pieds et les talons était possible, mais avec difficulté. L'appui monopodal était exécuté mais déclaré douloureux. Dans l'appréciation consécutive du cas, la Dresse K_____ a indiqué que depuis l'intervention du 12 décembre 2014, l'évolution restait peu favorable, l'assuré déclarant ressentir des douleurs persistantes et estimant devoir toujours marcher avec l'aide d'une canne. Le cas était actuellement stabilisé. D'un point de vue orthopédique, la capacité de travail était entière dans une activité respectant les limitations suivantes : station debout prolongée, longues marches, ports de charges moyennes répétitifs, échelles, escabeaux, escaliers fréquents et terrains irréguliers.

Concernant le traitement à long terme, la physiothérapie devait être diminuée progressivement et finir à la fin de l'année 2016. En effet, cette mesure n'avait plus montré d'efficacité depuis de nombreux mois. Au-delà du terme fixé, seules une à deux séries de neuf séances de physiothérapie par an pouvaient être admises. Pour les médicaments, il convenait d'admettre, à long terme et à doses modérées, des antidouleurs et des anti-inflammatoires. Des contrôles médicaux pouvaient être admis deux fois par an.

!endif]>!if> 26. Le 4 juillet 2016, la Dresse K_____ a procédé à la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) en rappelant qu'il existait un status après fracture du plateau tibial Schatzker V ayant nécessité une ostéosynthèse, puis la mise en place d'une prothèse de genou, puis enfin un resurfaçage de la rotule en décembre 2014. Selon la table V des indemnisations des atteintes à l'intégrité concernant les arthroses, une gonarthrose avancée était évaluée à 30%. Aussi convenait-il de retenir ce taux pour le status après prothèse totale du genou. !endif]>!if> 27. Par courrier du 7 novembre 2016,

l'assureur a informé l'assuré qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de notable amélioration de son état de santé par la continuation d'un traitement médical. En conséquence, il mettait fin à la prise en charge des soins médicaux, sans préjudice des exceptions mentionnées par la Dresse K_____ dans son rapport du 25 avril 2016. Concernant les seules lésions dues à l'accident du 10 octobre 2011, il subsistait une incapacité de travail résiduelle qu'il appartenait à l'assuré de mettre en valeur par l'exercice d'une activité adaptée. Afin de lui permettre d'entreprendre des démarches pour trouver un poste de travail adapté, que ce fût par ses propres moyens ou avec le concours de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), l'indemnité journalière continuerait à lui être versée jusqu'au 31 décembre 2016 sur la base d'une incapacité de travail de 100%. Pour la période s'ouvrant à compter du 1^{er} janvier 2017, l'octroi d'autres prestations d'assurance ferait prochainement l'objet d'un examen. !endif]>!if> 28. Le 24 janvier 2017, l'employeur a fait savoir à l'assureur que si l'assuré n'avait pas été victime de l'accident du 10 octobre 2011, son revenu en 2017 se serait élevé à CHF 4'835.-, versé en treize mensualités, somme à laquelle se serait ajoutée

une autre indemnité (« CM-Part ») de CHF 600.- par an.![endif]>![if> 29. Le 16 février 2017, l'assureur a versé au dossier des recherches de descriptions de poste de travail (ci-après : DPT) en en sélectionnant cinq (aide-mécanicien/monteur de modules, conducteur d'élévateur/cariste, employé de commerce/employé d'atelier d'emballage, collaborateur de production [montage, câblage]). La moyenne des salaires moyens des cinq DPT sélectionnées s'élevait à CHF 58'811.80 en 2016.![endif]>![if> 30. Par décision du 20 février 2017, l'assureur a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assuré. Il ressortait des investigations effectuées, notamment sur le plan médical, que du point de vue des seules « séquelles organiques » de l'accident, l'assuré était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition de ne pas devoir travailler debout durant un laps de temps prolongé. Une telle activité était exigible durant toute la journée et lui permettrait de réaliser un salaire annuel de CHF 58'811.-. Comparé au gain de CHF 63'455.- réalisable sans l'accident, il en résultait une perte de gain de 7.31% qui était insuffisante pour pouvoir prétendre à une rente d'invalidité. ![endif]>![if> Même si des troubles psychogènes étaient présents dans le cas d'espèce et qu'ils étaient éventuellement de nature à réduire la capacité de gain de l'assuré, il résultait des éléments d'appréciation que ces troubles n'étaient pas en relation de causalité adéquate. Partant, un droit à des prestations n'existait pas. Enfin, l'assureur a considéré qu'il existait une atteinte à l'intégrité de 30% en lien avec les suites de l'accident du 10 octobre 2011, représentant la somme de CHF 37'800.- (CHF 126'000.- x 30 / 100). 31. Le 21 mars 2017, l'assuré, agissant par l'entremise d'une avocate, a formé opposition à cette décision. ![endif]>![if> 32. Le 10 avril 2017, l'assuré a motivé son opposition en faisant valoir que dans la procédure ouverte en parallèle auprès de l'OAI, cet office et son service médical régional (ci-après : SMR) avaient retenu une capacité de 50% même dans une activité adaptée pour les seules séquelles organiques liées à l'accident, référence étant faite à un projet de décision d'octroi d'une rente échelonnée (rente entière du 1 er octobre 2012 au 30 septembre 2015 et quart de rente dès le 1 er octobre 2015). De plus, le taux d'invalidité déterminé par l'OAI s'élevait à 45.38%. Il était ainsi étonnant de constater une différence de 38% pour les suites d'un même événement, étant précisé que l'OAI n'avait tenu compte que des séquelles organiques dues à l'accident. Pour le reste, le taux de 30% retenu au titre de l'IPAI était insuffisant et devait être porté à 40% au moins, soit à CHF 50'400.-. Dans la mesure où la somme de CHF 37'800.- avait déjà été versée, il restait un solde de CHF 12'600.- à payer à l'assuré.![endif]>![if> 33. Par décision du 20 avril 2017, l'assureur a rejeté l'opposition en faisant valoir que si l'OAI était parvenu à la conclusion que la capacité de travail de l'assuré n'était que de 50% dans une activité adaptée, cela s'expliquait par le fait que cet office s'était laissé guider par un bilan établi par les Établissements publics d'intégration (EPI) à l'issue d'une mesure d'orientation professionnelle suivie du 4 juillet au 21 août 2016. L'assureur a soutenu pour le surplus que sa propre détermination du degré d'invalidité et de l'IPAI n'appelait aucune critique.![endif]>![if> 34. Le 22 mai 2017, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, concluant à son annulation, à la fixation d'un taux d'invalidité de 45.38%, à l'octroi d'une rente d'un montant de CHF 2'574.10 à compter du 1 er octobre 2015 ainsi qu'au paiement de la somme de CHF 12'600.- correspondant à une IPAI au taux de 40% sous déduction de la somme de CHF 37'800.- déjà versée. Reprenant en substance les arguments développés dans son opposition complémentaire du 10 avril 2017, le recourant a ajouté que contrairement à ce que soutenait l'intimée, l'OAI ne s'était pas laissé guider par le bilan des EPI mais par l'appréciation du SMR. ![endif]>![if> 35. Par réponse du 7 août 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours

en soutenant que l'évaluation de l'invalidité par l'OAI n'avait pas de force contraignante pour l'assureur-accidents. Pour le reste, l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité en cas d'implantation de prothèses ou d'endoprothèses devait reposer sur l'état de santé non corrigé – et non sur l'état de santé postérieur à la mise en place de la prothèse sur lequel s'était fondé la Dresse K_____. Quoi qu'il en soit, on se trouvait en présence, avant le traitement prothétique, d'une instabilité et d'une arthrose fémoro-tibiale externe du genou droit. Pour ce type d'atteinte, une IPAI de 30% correspondait au maximum admissible.![endif]>![if> 36. Le recourant a répliqué le 13 septembre 2017 en faisant valoir que, s'il était exact que l'OAI et l'intimée étaient indépendants l'un de l'autre, il n'en demeurerait pas moins que ces deux assureurs se coordonnaient pour apprécier un cas. Dans le cas concret, la Dresse K_____ avait fait fi de l'avis du SMR et ne l'avait même pas discuté. Pourtant, cet avis concluait à une capacité de 50% dans une activité adaptée en se basant sur un même état de fait : l'accident survenu le 10 octobre 2011. Dans cette situation, une audition du recourant et une expertise médicale s'imposaient. Enfin, l'intimée ne mentionnait à aucun moment les motifs qui l'avaient conduite à déterminer le taux d'invalidité du recourant au moyen des DPT alors que l'OAI, pour sa part, s'était fondé sur les données statistiques de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS).![endif]>![if> 37. Par duplique du 25 septembre 2017, l'intimée a observé que le recourant n'évoquait aucun élément nouveau remettant en cause les conclusions de la Dresse K_____, tout en relevant que l'avis du SMR était antérieur à celui de la Dresse K_____ et qu'il faisait au demeurant état de limitations sur le plan physique qui se recoupaient avec celles du médecin d'arrondissement. ![endif]>![if> 38. Par ordonnance du 30 janvier 2018, la chambre de céans a requis la production, par l'OAI, du dossier du recourant auprès de cette autorité.![endif]>![if> 39. Le 13 février 2018, la chambre de céans a informé les parties que les pièces du dossier AI du recourant étaient à leur disposition au greffe pour consultation. Il en ressort pour l'essentiel les faits suivants :![endif]>![if> a. Dans un avis du 25 août 2014, la doctoresse L_____, médecin SMR, a rappelé que le recourant était suivi par une psychiatre, la doctoresse J_____, depuis le 19 juillet 2012 pour un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2) et que selon un rapport du 22 juillet 2014 de cette psychiatre, il existait une aggravation de l'état de santé psychique depuis juillet 2014, entraînant une capacité de travail nulle dans toute activité. Compte tenu de cette aggravation de l'état de santé psychique, la Dresse L_____ a estimé qu'il était nécessaire de mettre en œuvre un examen psychiatrique et rhumatologique au SMR. ![endif]>![if> b. Dans un rapport du 2 septembre 2014, adressé à la Dresse I_____, le docteur M_____, spécialiste FMH en gastroentérologie, a indiqué qu'une pancréatite médicamenteuse (Efexor) était probable. Dans le diagnostic différentiel, il fallait cependant évoquer la possibilité d'une pancréatite biliaire. Dans ce sens, une cholécystectomie était à discuter.![endif]>![if> c. Par courrier du 6 octobre 2014, la Dresse I_____ a demandé à ses confrères du service de chirurgie viscérale des HUG de recevoir le recourant qui avait présenté à plusieurs reprises une pancréatite très probablement biliaire, « bien que l'Efexor [eût] été mis en cause et stoppé ». Depuis fin août, le recourant n'avait plus présenté de douleurs abdominales. Toutefois, compte tenu d'une vésicule lithiasique, une cholécystectomie semblait indiquée.![endif]>![if> d. Le 11 novembre 2014, le recourant s'est rendu au SMR pour y subir un examen rhumatologique et psychiatrique. Dans leur rapport du 23 décembre 2014, les docteurs N_____, rhumatologue FMH, et O_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, ont estimé que la gonarthrose droite post-traumatique, traitée par prothèse totale, le conflit fémoro-patellaire

et la persistance d'une vraisemblable instabilité constituaient les seuls diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail. Il existait, sur le plan psychiatrique, une réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22). Le recourant présentait en effet les symptômes d'un état dépressif réactionnel et non d'un épisode dépressif majeur, de sorte qu'il n'existait aucune incapacité de travail pour raisons psychiatriques. Sur le plan rhumatologique, la situation n'était pas stabilisée puisqu'une révision de la prothèse était prévue le 12 décembre 2014. Partant, il convenait de réévaluer la situation trois mois après cette intervention. En l'état, la capacité de travail exigible était nulle, y compris dans une activité adaptée.![endif]>![if> e. Dans un compte rendu opératoire du 29 janvier 2015, la doctoresse P_____, cheffe de clinique au service de chirurgie viscérale des HUG a apposé la mention « maladie » sous la rubrique « nature du cas » et diagnostiqué un status post pancréatite d'origine biliaire. Son intervention du 15 janvier 2015 avait consisté dans une cholécystectomie par laparoscopie. ![endif]>![if> f. Dans un rapport du 13 juillet 2015 à l'OAI, la Dresse I_____ a mentionné que du point de vue orthopédique, l'évolution était lentement favorable ; il persistait un épanchement intra-articulaire, le genou droit était calme, sa flexion de 110°, mais on notait la persistance d'une amyotrophie du quadriceps droit de 3 cm par rapport au genou gauche. Le recourant marchait en extérieur toujours avec une canne et il subsistait une boiterie. Après une station debout de trente minutes, il ressentait de vives douleurs au genou droit avec faiblesse musculaire puis apparition de lombosciatalgies droites avec discrète hypoesthésie du territoire L5 droit. Après une pancréatite survenue en septembre 2014, le traitement médicamenteux avait été stoppé totalement dans un premier temps. Après une cholécystectomie par laparoscopie subie le 15 janvier 2015, l'assuré avait repris un traitement médicamenteux pour la dépression, l'hypertension artérielle et la dyslipidémie. Lors d'un contrôle sanguin en juin 2015, les valeurs pancréatiques avaient été perturbées et il avait fallu stopper tout traitement. Actuellement, seul le traitement anti-hypertenseur avait été réinstauré. Du point de vue psychique, le recourant disait aller mieux. Il était toujours en psychothérapie mais refusait de prendre des médicaments en raison des risques de pancréatite. ![endif]>![if> g. Par avis du 23 septembre 2015, la Dresse L_____, a rappelé qu'à l'issue de leur examen rhumatologique et psychiatrique du 11 novembre 2014, les Drs N_____ et O_____ avaient estimé, dans leur rapport du 23 décembre 2014, que la réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22) n'était pas incapacitante. Le recourant avait également subi une synovectomie ainsi qu'un resurfaçage de la rotule le 12 décembre 2014. Au niveau des suites de cette intervention, l'évolution était lentement favorable mais il persistait des douleurs et le recourant marchait avec une canne. Selon le rapport du 15 juillet (recte : 13 juillet) 2015 de la Dresse I_____, le recourant avait également subi une cholécystectomie le 15 janvier 2015. Sur la base de ces éléments, la Dresse L_____ a considéré que la capacité de travail du recourant était nulle dans l'activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée, ce dernier taux étant « susceptible de s'améliorer ».![endif]>![if> h. Par communication du 20 juillet 2016, l'OAI a octroyé une mesure d'orientation professionnelle à l'assuré, sous forme d'une réorientation professionnelle auprès des EPI.![endif]>![if> i. Dans son rapport final du 28 octobre 2016, la chargée de réadaptation de l'OAI a conclu que le recourant pouvait travailler comme ouvrier (industrie légère) à un taux de 50% (susceptible d'amélioration), conformément à l'avis du SMR, et qu'il y avait lieu de clôturer le dossier. Dans la discussion du cas, elle a relevé qu'aux termes du rapport des EPI du 3 octobre 2016, le recourant avait bénéficié d'un stage durant la période du 22 août 2016 au 2 octobre 2016, au sein d'un atelier de réentraînement. Durant

cette période, le rendement avait oscillé entre 100% et 113%. Les positions assis-debout étaient les plus adaptées, le recourant devant se lever toutes les quarante-cinq minutes environ. Vu ses bons rendements, les EPI lui avaient demandé d'accroître son taux d'activité. Sur quoi, le recourant avait répondu qu'il était trop pris par sa famille. Quand il était à l'atelier, il ne pensait qu'à sa femme qui était malade et seule à la maison. Cette situation le stressait et l'angoissait beaucoup. Dans leur appréciation de fin de stage, les EPI avaient noté que la perte d'identité professionnelle, ajoutée à la situation familiale prenaient toute son énergie au recourant, de sorte qu'une réinsertion professionnelle sur le marché du premier emploi n'était « pas envisageable pour des raisons familiales ». La chargée de réadaptation a estimé pour sa part que la problématique familiale ne relevait pas de l'assurance-invalidité. Quant à la réaction anxieuse et dépressive, elle était non incapacitante selon l'examen rhumatologique et psychiatrique du SMR du 11 novembre 2014. Par conséquent, le recourant pouvait travailler à 50% comme ouvrier dans l'industrie légère.

j. Par projet de décision du 23 décembre 2016, l'OAI a fait savoir au recourant que d'autres mesures professionnelles n'étaient pas indiquées et qu'il avait droit à une rente entière, basée sur un degré d'invalidité de 100% du 1^{er} octobre 2012 au 30 septembre 2015. Dès le 1^{er} octobre 2015, il avait droit à un quart de rente basé sur un degré d'invalidité de 45%. En effet, le SMR était d'avis que son état de santé s'était amélioré dès juillet 2015 et qu'il avait retrouvé une capacité de travail de 50% mais qui était susceptible de s'améliorer. Selon les informations communiquées par l'employeur, le revenu du recourant s'élevait à CHF 60'775.- en 2011. En indexant ce revenu à 2015, celui-ci se serait élevé à CHF 62'315.-. S'agissant du revenu d'invalidité, il y avait lieu d'estimer, sur la base des informations transmises par le SMR et de l'examen des aptitudes professionnelles du recourant, que celui-ci était à même d'exercer toute activité lucrative sur le marché équilibré du travail qui ne nécessitait pas de formation complémentaire. Il convenait partant de se référer à l'ESS 2012, soit au tableau TA1, tous secteurs confondus. Selon cette source, un homme travaillant dans une activité de niveau 1 (activités simples et répétitives) pouvait réaliser un salaire annuel de CHF 64'332.- compte tenu d'un salaire mensuel de CHF 5'361.- alloué douze fois l'an. Étant donné que les salaires bruts standardisés tenaient compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit d'une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises (41.6 heures), ce montant devait être porté à CHF 66'905.- (CHF 64'332.- x 41.6 / 40) puis à CHF 68'067.- une fois indexé à 2015 selon l'évolution des salaires en termes nominaux (ISS en 2012 : 2'188 et en 2015 : 2'226 ; soit CHF 66'905.- x 2'226 / 2'188). En tenant compte d'un temps de travail raisonnablement exigible de 50%, le revenu d'invalidité s'élevait ainsi à CHF 34'034.- (68'067 / 2) et la perte de gain à CHF 28'281.- (soit CHF 62'315.- moins CHF 34'034.-), ce qui représentait 45.38% du revenu sans invalidité ((62'315 - 34'034) x 100 / 62'315).

k. Le recourant n'a pas fait part à l'OAI d'un éventuel désaccord avec le projet de décision du 23 décembre 2016.

l. Par décision du 6 avril 2017, la caisse cantonale genevoise de compensation a octroyé au recourant une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2012 au 30 septembre 2015 et un quart de rente dès le 1^{er} octobre 2015. Ces prestations étaient assorties de rentes complémentaires pour les deux enfants du recourant, octroyées jusqu'au 31 mars 2013 pour son fils aîné. Non contestée, cette décision est entrée en force.

40. Par communication du 12 mars 2018, la chambre de céans a invité les parties à présenter leurs éventuelles observations à la suite de la production du dossier du recourant auprès de l'OAI.

41. Par pli du 22 mars 2018, l'intimée a fait savoir que ce dossier n'appelait pas d'observations complémentaires de sa part et

qu'en conséquence, elle renvoyait à ses précédentes écritures et conclusions. ^{42.} Le 26 mars 2018, le recourant a fait parvenir à la chambre de céans un courrier identique en substance à l'envoi de l'intimée du 22 mars 2018. ^{43.} Le 27 mars 2018, une copie de ces deux derniers courriers a été adressée à chacune des parties pour information. ^{44.} Sur quoi, 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^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

^{2.} Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

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

^{4.} Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant, en particulier son droit à une rente d'invalidité et le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui doit lui être accordée pour les suites organiques de l'accident du 10 octobre 2011. Non contestée par voie d'opposition en tant qu'elle nie tout droit à des prestations d'assurance du fait de « troubles psychogènes », la décision du 20 février 2017 est entrée en force sur ce point (cf. ATF 119 V 347 consid. 1b).

^{5.} a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). b. Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une

atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). c. Il ressort de l'art. 19 al. 1 LAA que le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Cette disposition délimite temporellement le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a). En dérogation à ce principe, l'art. 21 al. 1 LAA prévoit que lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire notamment lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle (let. a), d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci (let. b) ou lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c). 6. a. La plupart des éventualités assurées (notamment la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). c/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). c/bb. Lorsqu'une décision administrative

s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis ; il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). c/cc. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée entre eux (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1).

7. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

8. a. En l'espèce, l'intimée, se fondant sur le rapport d'examen final du 28 avril 2016 de la Dresse K_____, a considéré qu'une amélioration notable de l'état de santé du recourant ne pouvait plus être attendue et que cet état était désormais stabilisé. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de cuisinier mais elle était entière dans une activité adaptée, soit une activité n'impliquant pas de station debout prolongée, de longues marches, de marche en terrain irrégulier, de ports de charges moyennes répétitifs et ne nécessitant pas non plus l'utilisation répétitive d'échelles, d'escabeaux ou d'escaliers. Ce faisant, la Dresse K_____ a tenu compte des douleurs résiduelles et de la nécessité d'un traitement à long terme au-delà du 31 décembre 2016 (une à deux séries de neuf séances de physiothérapie par an, antidouleurs et anti-inflammatoires à doses modérées, contrôles médicaux deux fois par an).

b. Force est de constater que la Dresse K_____ a examiné les divers rapports relatifs à l'accident du 10 octobre 2011, qu'elle a recueilli les déclarations du recourant sur les plans clinique, professionnel et pratique, et procédé à un examen clinique au terme duquel elle a rendu ses conclusions sur le plan orthopédique. c. Le recourant fait valoir que la Dresse K_____ ferait fi de l'avis du SMR du 23 septembre 2015 et qu'elle ne le discuterait même pas, alors même que les conclusions de la Dresse L_____ faisaient état d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, susceptible de s'améliorer. Il convient de relever en premier lieu que dans son rapport du 23 septembre 2015, le champ d'analyse de la Dresse L_____ s'étend à l'ensemble des atteintes à la santé du recourant – qu'elles soient en relation de causalité avec l'accident ou non – et qu'il est donc question non seulement de l'atteinte du genou droit, mais aussi de la réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22) et de problèmes digestifs (cholécystectomie subie le 15 janvier 2015). Quoi qu'il en soit, la Dresse L_____ ne retient que la gonarthrose droite, le status post prothèse totale du genou (9 septembre 2013) et la synovectomie avec resurfaçage de la rotule (12 décembre 2014) comme « atteinte à la santé au sens de l'AI », déniait ainsi toute valeur incapacitante aux autres affections (soit passagères et/ou traitées) existant tant sur le plan somatique

(hypertension, dyslipidémie, pancréatite en septembre 2014 et cholécystectomie le 15 janvier 2015) que psychique (réaction mixte anxieuse et dépressive [F43.22]). Il est donc exact, comme le souligne le recourant, qu'en appréciant l'exigibilité d'une reprise du travail dans une activité adaptée en partant d'un même état de fait, à savoir les suites d'une atteinte au genou droit, les Dresses K_____ et L_____ parviennent à des conclusions différentes. Toutefois, la situation n'en reste pas moins différente dans la mesure où à la date du rapport de la Dresse L_____, soit le 23 septembre 2015, l'intimée s'en tenait encore aux conclusions du 13 février 2014 du Dr G_____, selon lesquelles la situation médicale n'était pas encore stabilisée. Cela étant, le Dr G_____ laissait déjà entendre à cette époque qu'en respectant les limitations fonctionnelles retenues (identiques à celles mentionnées par la Dresse K_____), le recourant pourrait tout à fait exercer une activité à 100% après stabilisation du cas. Ceci s'étant produit le 25 avril 2016 au plus tard, il n'existe donc pas à proprement parler de contradiction entre l'appréciation de l'exigibilité par la Dresse L_____ d'une part, et celle de la Dresse K_____ d'autre part, d'autant que la Dresse L_____ retient une capacité de travail de 50% « susceptible de s'améliorer » et les mêmes limitations fonctionnelles. De plus, il ne ressort pas du rapport de cette dernière qu'il existerait des éléments que la Dresse K_____ aurait ignorés. Les constatations concordantes de ces deux médecins, faites à sept mois d'intervalle, mettent bien plutôt en évidence que le recourant continue à souffrir du genou et marche toujours avec une canne. Or, ceci n'est pas propre à justifier une incapacité de travail dans une activité sédentaire (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_445/2015 du 9 mai 2015 consid. 4.3 pour un cas et une appréciation similaires). Il résulte de ce qui précède que l'avis SMR du 23 septembre 2015 n'est pas de nature à faire naître des doutes quant à la fiabilité du rapport de la Dresse K_____. d. On relèvera pour le surplus que les conclusions de la Dresse K_____ ne sont pas non plus battues en brèche par les constatations faites par les EPI au cours de la mesure d'orientation professionnelle. Au contraire, il y est fait mention de positions assis-debout qui apparaissent les plus adaptées (le recourant devant se lever toutes les quarante-cinq minutes environ) et d'un rendement oscillant entre 100% et 113% en atelier de réentraînement. De plus, il est bien précisé que si une réinsertion professionnelle sur le marché du premier emploi n'apparaissait pas envisageable, c'était parce qu'au cours de la mesure d'orientation professionnelle évoquée, le recourant avait refusé d'augmenter son taux d'activité pour des raisons familiales. Or, cette dernière problématique ne relève pas de l'assurance-accidents – ni de l'assurance-invalidité. Dans ces conditions, l'intimée était fondée à considérer que le recourant avait recouvré, en avril 2016, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Partant, il y a lieu de renoncer à ordonner la réalisation d'une expertise judiciaire. 9. Il convient à présent d'examiner le degré d'invalidité.!

a. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 343 consid. 3.4; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).!

b. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par

rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

10. a. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence).

c/bb. Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. Il correspond au revenu effectivement réalisé par l'intéressé pour autant que les rapports de travail apparaissent particulièrement stables, qu'en exerçant l'activité en question celui-ci mette pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible et encore que le gain ainsi obtenu corresponde à son rendement effectif, sans comporter d'éléments de salaire social. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales résultant des DPT établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). La jurisprudence a renoncé à donner la préférence à l'une des deux méthodes d'évaluation (cf. Jean-Maurice FRESARD, Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], vol. XIV, Sécurité sociale, 3^{ème} éd. 2016, p. 980 n. 240). La détermination du revenu d'invalide sur la base des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Lorsque le revenu d'invalide est déterminé sur la base des DPT, une réduction de salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifiée ni admissible (ATF 129 V 472). Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans un cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2).

10. a. En l'espèce, l'intimée a fixé le degré d'invalidité en comparant le revenu sans invalidité que le recourant aurait obtenu auprès de son employeur en 2017 avec un revenu d'invalide de CHF 58'811.-, réalisable en 2016 sur la base de cinq DPT tenant compte des limitations fonctionnelles retenues par la Dresse K_____. Elle s'est fondée, plus précisément, sur les DTP n° 3305 (monteur de modules, Renens), n° 12845863 (cariste, Plan-les-Ouates), n° 15831822 (employé d'atelier emballage, Carouge), n° 491288 (ouvrier de fabrication sur machines) et n° 2260 (montage, câblage/tt).

En outre, elle a fait état de cent-vingt-sept postes pouvant entrer en considération dans les cantons de Genève et Vaud selon les limitations fonctionnelles dont souffre le recourant et a indiqué les salaires minimum, maximum et moyen. Sur cette base, elle a admis un revenu d'invalide de CHF 58'811.- par année dans la décision du 20 février 2017 ainsi que dans la décision entreprise. Le recourant ne soulève aucune objection sur le choix et la représentativité des DPT dans le cas concret, bien qu'il ait eu la possibilité de consulter ces dernières, notamment au stade de son opposition à la décision du 20 février 2017. En revanche, il fait valoir, d'une part, que l'intimée n'explique pas pour quels motifs la décision entreprise ne se fonde pas sur les ESS et, d'autre part, qu'il n'est pas concevable qu'en se basant sur un même état de fait, l'accident du 10 octobre 2011, l'intimée et l'OAI

parviennent à un taux d'invalidité de 7.31%, respectivement 45.38%. On rappellera, à titre liminaire, que la différence mise en exergue s'explique pour l'essentiel par une appréciation différente de l'exigibilité retenue par le SMR d'une part et la Dresse K_____ d'autre part. Cela étant, au regard de la valeur probante de l'appréciation de ce médecin d'arrondissement (cf. ci-dessus : consid. 8), il n'y a pas lieu de remettre en question ses conclusions quant à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Quant à la détermination du revenu d'invalidé, au moyen des ESS pour l'OAI, respectivement des DPT pour l'intimée, on ne saurait faire grief à l'intimée de n'avoir pas motivé son choix, les deux méthodes étant admises sans que la jurisprudence n'exprime de préférence pour l'une ou l'autre (cf. ci-dessus : consid. 9c/bb.). Enfin, en tant que le recourant se plaint d'une violation du principe d'uniformité de la notion d'invalidité en matière d'assurances sociales, il y a lieu de rappeler que l'ancien Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative à ce principe en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3 p. 368; la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité a également été admise: ATF 133 V 549 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_445/2015 du 9 mai 2016 consid. 3). L'intimée était par conséquent en droit de procéder à l'évaluation de l'invalidité du recourant indépendamment du projet de décision de l'OAI du 23 décembre 2016. b/aa. Le recourant ne contestant ni les DPT sélectionnées par l'intimée, ni le revenu d'invalidé, il n'y a pas lieu de s'écarter du montant de celui-ci (CHF 58'811.-). b/bb. S'agissant du revenu sans invalidité, il apparaît que l'OAI a considéré que celui-ci aurait atteint CHF 62'315.- par an en 2015 alors que de son côté, les informations que l'employeur a transmises à l'intimée font état d'un revenu annuel qui se serait élevé à CHF 62'605.- la même année (soit treize mensualités de CHF 4'785.- et participation annuelle de CHF 400.- à la caisse maladie ; pièce 265 intimée), respectivement CHF 63'130.- en 2016 (treize mensualités de CHF 4'810.- et participation annuelle de CHF 600.- à la caisse maladie) et CHF 63'455.- en 2017 (CHF 4'835.- x 13 et participation annuelle de CHF 600.- à la caisse maladie ; pièce 375 intimée). Après examen, il s'avère que l'OAI a indexé à 2015 le revenu que le recourant réalisait en 2011 (CHF 60'775.-) selon l'évolution des salaires en termes nominaux (ISS en 2011 : 2'171 et en 2015 : 2'226 ; soit CHF 60'775.- x 2'226 / 2'171). Dès lors que l'employeur a communiqué à l'intimée, annuellement et de manière précise, les augmentations dont le recourant aurait bénéficié de 2012 à 2017, le choix de se fonder sur ces communications et non sur les données statistiques de l'ISS satisfait à l'objectif d'évaluation du revenu sans invalidité de la manière la plus concrète possible (cf. ci-dessus : consid. 9c/aa) et ne prête donc pas le flanc à la critique. b/cc. La décision entreprise ne saurait toutefois être suivie en tant qu'elle compare le revenu sans invalidité que le recourant aurait réalisé auprès de son employeur en 2017 au revenu d'invalidé résultant des DPT effectuées en 2016, c'est-à-dire en se basant sur des moments différents (cf. ci-dessus : consid. 9b). Dans la mesure où l'état de santé était considéré comme stabilisé au plus tard lors de l'examen final par la Dresse K_____, soit le 25 avril 2016 et que le droit (hypothétique) à une rente est né à partir de ce moment (cf. ci-dessus : consid. 5c), il convient de se fonder sur l'année 2016 pour fixer le revenu sans invalidité et le revenu d'invalidé. Le premier s'élevant à CHF 63'130.- (cf. ci-dessus : consid. 10b/bb) et le second à CHF 58'811.-, la comparaison de ces deux revenus aboutit à un taux d'invalidité de 7% ($100 - [58'811 \times 100 / 63'130] = 6.84\%$, arrondi au pourcent supérieur ; ATF 130 V 121 consid. 3.2), de sorte que la décision entreprise demeure correcte quant à son résultat (taux d'invalidité de 7.31%, arrondi à 7%). Par conséquent, il convient de confirmer cette

dernière en tant qu'elle refuse tout droit à une rente d'invalidité au recourant. 11. a. Il reste à examiner le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle (IPAI). Le recourant conteste le taux de 30% retenu par l'intimée et conclut à ce qu'il soit augmenté à 50%.![[endif]]>![if] Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1^{ère} phrase); elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2^{ème} phrase). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009, consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d). b. Selon l'art. 36 OLAA édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1^{ère} phrase); elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2^{ème} phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique ou mentale, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1^{ère} phrase). Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 p. 415; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2). 12. Depuis janvier 2016, le montant maximal du gain assuré s'élève à CHF 148'200.- par an et CHF 406.- par jour (art. 22 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 [OLAA ; RS 832.202]). Entre

le 1^{er} janvier 2008 et le 31 décembre 2015, ce montant s'élevait à CHF 126'000.- par an et CHF 346.- par jour (art. 22 al. 1 aOLAA [RO 2007 p. 3667]).

13. L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 113 V 218 consid. 2a; RAMA 1988 p. 236) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb).

L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte. On procédera de même lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5 % serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires – à l'exception des moyens servant à la vision (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2 de l'annexe 3). La Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur www.suva.ch). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3; ATF 124 V 209 consid. 4.cc; ATF 116 V 156 consid. 3). Lorsqu'une atteinte à l'intégrité ne figure ni à l'annexe 3 à l'OLAA, ni dans les tables de la SUVA, il convient de l'apprécier en la comparant à d'autres atteintes (ATF 113 V 218 consid. 3 ; Alexandra RUMO-JUNGO, André Pierre HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4^{ème} éd. 2011, in MURER/STAUFFER [éd.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht). L'annexe 3 à l'OLAA ne traite pas spécifiquement de l'atteinte subie par le recourant. Elle se borne à prévoir que la perte d'une jambe au niveau du genou donne droit à une IPAI au taux de 40%, ce pourcentage passant à 50% en cas de perte d'une jambe au-dessus du genou. La table 5.2 de la SUVA relative à l'indemnisation des atteintes à l'intégrité résultant d'arthroses est subdivisée en cinq colonnes (arthrose moyenne [1], arthrose grave [2], résection/arthrodèse [3], endoprothèse avec résultat bon [4], endoprothèse avec résultat mauvais [5]). Selon la jurisprudence, l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité en cas d'implantation de prothèses ou d'endoprothèses doit reposer sur l'état de santé non corrigé, comme en cas de remise d'un moyen auxiliaire, à l'exception des moyens servant à la vision (cf. ch. 1 de l'annexe 3 à l'OLAA; arrêt du Tribunal fédéral 8C_542/2012 du 8 juillet 2013 consid. 7.2 et les références citées). Les indications figurant dans la table 5.2 de la SUVA précisent que pour les prothèses implantées directement après l'accident (endoprothèses primaires), les colonnes 5 et 6 (recte : 4 et 5) demeurent applicables. S'agissant des types d'arthrose du genou, la table 5.2 fait une distinction entre les arthroses fémoro-patellaire, fémoro-tibiale et la pangonarthrose du genou.

14. En l'espèce, le recourant s'est vu implanter une prothèse totale du genou près de deux ans après l'accident. Partant, seules les deux premières colonnes du tableau entrent en considération. Selon le rapport du 26 juin 2012 du Dr H_____, le recourant avait développé une importante arthrose du compartiment externe, soit une arthrose fémoro-tibiale (cf. <http://www.genou.com/arthrose/arthrose.htm>) à la suite de

l'ostéosynthèse du 14 octobre 2011. Pour ce type d'arthrose, la table 5.2 prévoit une IPAI comprise dans une fourchette de 5 à 15% en cas d'arthrose moyenne (colonne 1) et de 15 à 30% en cas d'arthrose grave (colonne 2). Par conséquent, en fixant l'IPAI à 30% dans le cas d'espèce, la Dresse K_____ a retenu le taux maximal pouvant entrer en considération à la lumière de ces valeurs indicatives. Pour sa part, le recourant ne produit pas de rapport divergeant se prononçant sur la question spécifique de l'IPAI. Pour prétendre à une indemnisation plus élevée, il fait valoir en substance qu'il devrait composer avec des douleurs et des limitations fonctionnelles sa vie durant. Dans la mesure où ces éléments sont consubstantiels à toute IPAI (cf. ci-dessus : consid. 11a), l'argumentation du recourant est dénuée de pertinence. En conséquence, la décision entreprise sera également confirmée en tant qu'elle fixe l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à CHF 37'800.-, soit 30% du montant du gain maximum assuré en 2011 (art. 25 al. 1 LAA). Étant donné que le recourant reconnaît avoir déjà reçu ce montant (cf. aussi pièce 406, p. 19 intimée), l'intimée ne lui doit plus rien à ce titre. 15. Au regard de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté. 16. Vu l'issue donnée au recours, aucune indemnité de procédure ne sera allouée au recourant (art. 61 let. g LPGA et art. 89H al. 3 LPA a contrario). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). ***** 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.