

GE_GERICHTE A/2978/2024 vom 14. August 2025

GE Cour de justice, 2025-08-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2978_2024

FR: GE_GERICHTE A/2978/2024 du 14 août 2025

IT: GE_GERICHTE A/2978/2024 del 14 agosto 2025

Erwägungen

E. 1.1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 1.2

Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

E. 2.1

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

E. 2.2

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours (du 12 septembre 2024) a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA a contrario).

E. 2.3

Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où la rechute est survenue après cette date (le 1er septembre 2018), le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit (cf. al. 1 des 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 donc citées ci-après dans leur teneur en vigueur à compter du 1er janvier 2017.

E. 2.4

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 et 61 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

E. 3

Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant, ainsi que sur le taux de l'IPAI.

E. 4.1

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non-professionnel et de maladie professionnelle.

E. 4.2

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

E. 4.3

Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale) ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 140 V 356 consid. 5.3 ; 115 V 133 consid. 6 ; 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (cf. ATF 148 V 301 consid. 4.3.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV n. 3 p. 8 ; 8C_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n. 23 p. 84 ; 8C_622/2015 du 25 août 2016 consid.3.3). Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné 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, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minime, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester.

E. 5.1

L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que

l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA).

E. 5.2

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, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (art. 18 al. 1 LAA, dans sa teneur en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017).

E. 5.3

Selon 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.

E. 5.3.1

L'assureur-accidents est tenu d'octroyer une indemnité journalière et de prendre en charge le traitement médical aussi longtemps qu'il y a lieu d'attendre une amélioration notable de l'état de santé. Si une telle amélioration ne peut plus être envisagée, il doit clore le cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4.2).

E. 5.3.2

Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). L'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures – comme une cure thermale – ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2 et les références). Il faut en principe que l'état de santé de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C_591/2022 du 14 juillet 2023 consid. 3.2 et la référence).

E. 6.1

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

E. 6.2

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 (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

E. 6.3

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

E. 6.3.1

Ainsi, 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).

E. 6.3.2

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 7

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant,

retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

E. 8.1

En l'occurrence, il convient en premier lieu de déterminer quelles sont les atteintes dont l'intimée doit répondre en sa qualité d'assureur-accidents. En effet, comme le relève l'intimée, le recourant semble invoquer l'ensemble des atteintes retenues par l'OAI, puisqu'il produit à l'appui de son écriture les avis du SMR, mais également les rapports émis par son psychiatre, la Dre K_____.

E. 8.2

Ont été retenues à titre d'atteintes invalidantes par le SMR : une gonarthrose, une rhizarthrose gauche, un status après cure de hernie inguinale et des troubles psychiques (trouble dépressif récurrent moyen). Le recourant n'en invoque d'ailleurs pas d'autres. Cela étant, seule la gonarthrose est du ressort de l'assurance-accidents, car en lien de causalité avec l'événement engageant la responsabilité de l'intimée. En effet, il n'est pas établi ni même allégué que la main gauche aurait été blessée lors de l'accident initial, voire même des rechutes qui ont suivi. De même, aucun lien n'a été établi entre l'accident de football de 1999 et la hernie inguinale droite traitée en 2004. Quant aux troubles psychiques, s'ils ont contribué à l'octroi d'une rente par l'assurance-invalidité, ils ne relèvent aucunement de la responsabilité de l'assureur-accidents, étant rappelé que, selon la jurisprudence rappelée supra, tout lien de causalité adéquate peut être nié d'emblée avec l'accident, celui-ci pouvant à l'évidence être qualifié de banal, puisqu'il a consisté en une simple chute. C'est par conséquent à juste titre que l'intimée a limité l'examen du droit aux prestations litigieuses aux seules séquelles physiques présentant vraisemblablement un lien de causalité naturelle avec l'accident du 23 janvier 1999, à savoir celles touchant le genou droit du recourant.

E. 9.1

L'intimée s'est principalement basée, pour évaluer la capacité résiduelle de travail du recourant, sur les rapports du Dr D_____, lequel a étudié les pièces médicales au dossier, y compris les examens d'imagerie, a pris en compte les plaintes du recourant et l'a examiné à plusieurs reprises. Elle en a déduit qu'à compter du 1^{er} février 2024, date du dernier examen du Dr D_____, le recourant avait recouvré une pleine capacité à exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles en lien avec l'atteinte au genou droit.

E. 9.2

Le recourant, pour sa part, conteste les conclusions du Dr D_____. En substance, il s'étonne qu'alors que le médecin d'arrondissement ait constaté, en date du 1^{er} février 2024, l'absence d'évolution significative par rapport à l'examen précédent du 5 juillet 2023, il ait conclu différemment, à savoir que son état de santé était désormais stabilisé et le recourant apte à exercer à plein temps une activité adaptée, c'est-à-dire permettant d'éviter le port de charges de plus de 15 à 20 kg, le port répété de charges de plus de 10 à 15 kg, la marche prolongée ainsi qu'en terrain irrégulier, les positions accroupie ou agenouillée, les activités sur échafaudages, l'utilisation répétée d'échelles et d'escaliers, ainsi que le maintien prolongé d'une position statique debout. Il relève que, le 5 juillet 2023, le Dr

D_____ avait indiqué que le périmètre de marche était limité à 100 mètres et que l'assuré ne pouvait plus ni monter ni descendre les escaliers. Le recourant argue que son état ne s'est pourtant pas significativement amélioré entre juillet 2023 et février 2024. Il note aussi que les limitations fonctionnelles énoncées par le Dr D_____ diffèrent sensiblement de celles retenues par le SMR et les HUG, qui limitent le port de charges à 5 kg et notent une flexion/extension légèrement différente de celle mesurée par le Dr D_____. Il ajoute que les médecins des HUG, contrairement au Dr D_____, ont noté une atrophie du quadriceps à droite. Le recourant en tire la conclusion qu'il existerait donc un doute quant à la fiabilité et à la validité des constatations du médecin d'arrondissement, qui justifierait des investigations complémentaires.

E. 9.3

Le 5 juillet 2023, le Dr D_____ a effectivement considéré, au vu de l'arthroplastie totale du genou qui était alors prévue pour le mois de novembre 2023, que l'état de l'assuré n'était pas encore stabilisé. Cela étant, il a précisé qu'en cas d'intervention, une stabilisation de l'état du genou était attendue six-neuf mois plus tard, en l'absence de complication médicale. Il n'est donc pas étonnant que, l'éventualité de l'intervention ayant été écartée, le Dr D_____ ait conclu, en février 2024, à la stabilisation de l'état de santé de l'assuré, même en l'absence d'amélioration significative. Malgré la persistance de l'atteinte et la poursuite d'un traitement conservateur, vu l'absence d'amélioration significative et compte tenu du fait qu'il n'y avait plus aucune proposition chirurgicale, l'intimée était fondée à retenir que l'état de santé du recourant était stabilisé (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4.3), et à mettre un terme à la prise en charge des soins médicaux et au versement des indemnités journalières. Quant à la capacité de travail et aux limitations fonctionnelles décrites, c'est en vain que le recourant soutient que l'avis du Dr D_____ serait sujet à caution. En effet, les limitations retenues dans les deux avis successivement émis par ce médecin sont similaires. On ne saurait sérieusement soutenir qu'il est différent de limiter le périmètre de marche à 100 mètres (donnée reposant sur les allégations de l'assuré, rapportées par le Dr D_____) et d'indiquer qu'il est préférable d'éviter la marche prolongée. Quant au fait que le poids des charges préconisées par le SMR soit moindre, il ne porte pas à conséquence non plus. Le fait est que le port de charges, quelles qu'elles soient, est déconseillé. Il n'y a pas là matière à justifier de nouvelles investigations, la situation médicale étant clairement déterminée par tous les acteurs. On relèvera que, contrairement à ce qu'allègue le recourant, les Drs H_____ et I_____, des HUG, ont observé, en mai 2023 au niveau du genou droit, une flexion-extension symétrique avec le genou gauche. Il est vrai qu'en novembre 2023, les Drs H_____ et J_____ ont évoqué une atrophie du quadriceps, cela étant, sans donner aucune précision à cet égard, contrairement au Dr D_____ qui s'est livré à une appréciation objectivée par les mesures des membres inférieurs. De telles mesures périmétriques offrent une base factuelle solide. Or, lesdites mesures n'ont pas objectivé de perte significative au niveau du périmètre du quadriceps droit. Eu égard à ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée a retenu, suivant en cela les conclusions du Dr D_____, qui doivent se voir reconnaître pleine valeur probante, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. On rappellera encore que ces conclusions sont d'ailleurs corroborées par celles du Dr G_____, mandaté par l'OAI dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire de janvier 2021. Ce médecin a conclu à une capacité de travail entière dans une activité adaptée, c'est-à-dire permettant l'alternance des positions, l'évitement du port de charges de plus de 10 kg, l'utilisation répétée d'échelles, d'échafaudages ou d'escaliers, la marche en

terrain inégal, ainsi que les positions agenouillée ou accroupie. S'agissant de la possibilité d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse et d'une éventuelle prothèse totale du genou droit, l'expert a précisé que ces interventions, si elles avaient lieu, n'auraient probablement pas d'incidence sur la capacité de travail de l'assuré.

E. 10

Reste à examiner le degré d'invalidité.

E. 10.1

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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). En règle générale, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.3.1).

E. 10.2

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 consid. 4.1 et les références).

E. 10.3

Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; ATF 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; ATF 134 V 322 consid. 4.1 et les références). Selon la jurisprudence, le revenu que pourrait réaliser l'assuré sans invalidité est en principe établi sans prendre en considération les possibilités théoriques de développement professionnel (lié en particulier à un complément de formation) ou d'avancement, à moins que des indices concrets rendent très vraisemblable qu'elles se seraient réalisées (arrêt 9C_439/2020 du 18 août 2020 consid. 4.4). Cela pourra être le cas lorsque l'employeur a laissé entrevoir une telle perspective d'avancement ou a donné des assurances en ce sens. En revanche, de simples déclarations d'intention de l'assuré ne suffisent pas ; l'intention de progresser sur le plan professionnel doit s'être manifestée par des étapes concrètes, telles que la fréquentation d'un cours, le début d'études ou la passation d'examens. Le point de savoir si le salaire réel aurait augmenté grâce à un développement des capacités professionnelles individuelles, notamment un changement de profession, doit être établi au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_45/2022 du 3 août 2022 consid. 3.2 et les références).

E. 10.4

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'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 148 V 174 consid. 6.2 et les références ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et les références). Il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1_tirage_skill_level, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_skill_level et non pas le tableau TA1_b (ATF 142 V 178). Lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières ; tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte (arrêt du Tribunal fédéral 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2.1 et la référence). Il y a en revanche lieu de se référer à la ligne « total secteur privé » lorsque l'assuré ne peut plus raisonnablement exercer son activité habituelle et qu'il est tributaire d'un nouveau domaine d'activité pour lequel l'ensemble du marché du travail est en principe disponible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_405/2021 du 9 novembre 2021 consid. 5.2.1 et les références). En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques dans le secteur privé) pour se référer à la table TA7 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon le domaine d'activité dans les secteurs privé et public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible. C'est le lieu de préciser que les tables TA1, T1 et TA7 des ESS publiées jusqu'en 2010 correspondent respectivement aux tables TA1_skill_level, T1_tirage_skill_level et T17 des ESS publiées depuis 2012 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_205/2021 précité consid. 3.2.2 et les références). La valeur statistique – médiane – s'applique, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_801/2021 du 28 juin 2022 consid. 3.6). Les tableaux TA1, T1 et T17 de l'ESS 2020 ont été publiés le 23 août 2022 ; l'ESS 2018, le 21 avril 2020 ; l'ESS 2016, le 26 octobre 2018 (étant précisé que le tableau T1_tirage_skill_level a été corrigé le 8 novembre 2018) ; et l'ESS 2014, le 15 avril 2016. Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a estimé qu'il n'y a pas de motif sérieux et objectif de modifier la jurisprudence selon laquelle la détermination du revenu d'invalidé sur la base des valeurs statistiques se fonde en principe

sur la valeur centrale, respectivement médiane, de l'ESS (ATF 148 V 174 consid. 9.2.3 et 9.2.4). Depuis la 10^{ème} édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_skill_level de l'ESS 2012 ; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (arrêt du Tribunal fédéral 9C_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1 et les références). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Une telle déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'intéressé ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; ATF 146 V 16 consid. 4.1 et les références ; ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; ATF 126 V 75 consid. 5b/bb et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 3.3 et les références).

E. 11.1

S'agissant du degré d'invalidité à lui reconnaître, le recourant se réfère au calcul opéré par l'OAI, lequel s'est fondé sur un salaire avant invalidité de CHF 63'259.- et sur un salaire d'invalidé de CHF 59'969.-. Il propose de retenir les mêmes chiffres, en y ajoutant un abattement de 5% comme proposé par l'intimée et constate que cela aboutit à un taux d'invalidité de 10%, suffisant pour ouvrir droit à une rente.

E. 11.2

Comme il y a lieu d'examiner les conditions du droit à la rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2024, la comparaison des revenus doit se faire au regard de cette année-là.

E. 11.3

S'agissant du revenu sans invalidité que le recourant aurait pu obtenir dans son ancienne activité s'il n'avait pas été atteint dans sa santé, l'intimée l'a évalué à CHF 61'322.-, en se basant sur le montant indiqué dans la déclaration de rechute du 18 février 2016 et en l'indexant. Avant la rechute de février 2016, le recourant réalisait un revenu composé d'un salaire de base de 21.51 CHF/h., pour un horaire quotidien de 8.6 heures (43 h./sem.) ; s'y ajoutaient un treizième salaire et un bonus soumis à l'AVS de CHF 6'101.45 (pièce 22 int.). Pour déterminer le revenu sans invalidité de l'année 2024, le calcul suivant a été effectué par l'intimée : le salaire de référence de CHF 58'204.- (CHF 21.51 x 43h./sem. x 52 sem.] x 108.33 % + CHF 6' 101.45) pour l'année 2015 a d'abord été indexé à 2022 en utilisant le tableau T 1.1.10 (Indice des salaires nominaux, hommes, 201 1-2022 ; branches 49-53 « transports et entreposage, poste et courrier ») disponible à ce moment-là ; une seconde indexation à 2024 a ensuite été effectuée, en se basant sur la dernière estimation provisoire disponible lors de l'établissement de la décision initiale du 14 mars 2024, ce qui a conduit au montant final de CHF 61'322.- (cf. calcul du taux d'invalidité du 13 mars 2024, pièce 444 int.). Sur la base des dernières statistiques publiées, en tenant compte d'un revenu pour l'année 2015 de CHF 58'204.- – non contesté – et de l'indexation à 2024 (T1.1.15 indice des salaires nominaux, hommes, 2016-2023, branches 49-53 « transports et entreposage, poste et courrier » : indice 2015 : 100 ; indice 2023 : 103.7 ; dernière estimation trimestrielle : + 0.6% en 2024), le revenu sans invalidité a été réévalué par l'intimée, dans sa décision sur opposition du 2 août 2024, à CHF 60'719.69. Ce calcul ne paraît pas critiquable, étant rappelé que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas force contraignante pour l'assureur-accidents. En conséquence, c'est ce dernier montant de CHF 60'719.70 qu'il convient de retenir à titre de revenu avant invalidité.

E. 11.4

En ce qui concerne le revenu avec invalidité, dès lors que le recourant n'a pas repris d'activité professionnelle, il convient de l'évaluer sur la base des statistiques salariales figurant dans l'ESS. En ce qui concerne l'année de référence des tableaux statistiques à appliquer, l'ESS 2020, le 23 août 2022. Dès lors qu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, le 27 octobre 2022, l'intimée disposait des données 2020, le salaire avec invalidité doit être déterminé sur la base de l'ESS 2020 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3) et être indexé jusqu'à la date de l'ouverture (éventuelle) du droit à la rente, soit le 1^{er} avril 2022 (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2). Il y a lieu de se référer au tableau TA1_tirage_skill_level, dont il ressort que le revenu statistique tiré d'activités physiques ou manuelles simples dans le secteur privé s'élève à CHF 5'261.- pour un homme (niveau 1, total, part au 13^{ème} salaire comprise), ou à CHF 63'132.- par année pour un plein temps (5'261.- x 12). Ceci étant précisé, le salaire hypothétique de CHF 63'132.- se base sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises. Il convient dès lors de l'ajuster à la durée hebdomadaire normale de travail en 2020 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1), laquelle est de 41.7 heures (tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'OFS), ce qui porte le salaire annuel

à CHF 65'815.11 pour un plein temps ($63'132 \times 41.7 / 40$). Il y a ensuite lieu d'indexer ce montant à 2024, année déterminante pour la comparaison des revenus. Selon le tableau publié par l'OFS le 1^{er} juin 2022, les salaires nominaux des hommes ont diminué de 0.7% en 2021 (disponible sur : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees.assetdetail.22304313.html>). Selon l'estimation trimestrielle de l'évolution des salaires nominaux publiée par l'OFS le 1^{er} septembre 2022 (disponible sur : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/actualites/quoi-de-neuf.assetdetail.23104791.html>), soit la plus récente au moment déterminant de la décision litigieuse d'août 2024 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_659/2022 du 2 mai 2023 consid. 7.2), les salaires nominaux ont augmenté de 2% en 2022, correspondant à un montant de CHF 66'073.30 pour un plein temps en 2022, correspondant à un montant de CHF 68'473.35 en 2024. On rappellera à toutes fins utiles, que, selon la jurisprudence, il existe suffisamment de possibilités d'emploi dans un marché équilibré du travail pour permettre à l'assuré de retrouver un poste respectant les limitations fonctionnelles en relation avec l'atteinte à son genou droit. Les activités de vérification et de contrôle de produits finis (dans une position assise) dans différents secteurs économiques, sont par exemple compatibles avec les limitations du recourant. Pour le surplus, l'âge du recourant (50 ans au moment déterminant) ne justifie pas un abattement, pas plus que la durée de l'absence du marché du travail, dans le contexte d'une activité adaptée relevant de tâches manuelles simples. L'absence d'expérience et de formation ne joue pas de rôle sur les perspectives salariales lorsque le revenu d'invalidité est déterminé en référence au salaire statistique auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives de niveau de compétence 1, comme c'est le cas en l'espèce. En effet, ce niveau de compétence de l'ESS concerne une catégorie d'emplois ne nécessitant ni formation ni expérience professionnelle spécifique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_118/2021 du 21 décembre 2021 consid. 6.3.2). Le critère de la nationalité du recourant ne justifie pas non plus d'abattement sur le salaire statistique, d'autant qu'il ne l'a pas empêché de trouver un emploi en Suisse et que les salaires statistiques sont établis en fonction de la population résidente aussi bien suisse qu'étrangère (arrêt du Tribunal fédéral I.640/00 du 16 avril 2002 consid. 4d/bb [résumé in : REAS 2002 p. 308]). Partant, il n'y a pas lieu d'appliquer un abattement supérieur à 5%. En appliquant une réduction supplémentaire de 5% comme proposé par l'intimée, on obtient un montant de CHF 65'050.-. À cet égard, on relèvera encore, à l'instar de l'intimée, que le revenu d'invalidité de CHF 59'969.- retenu par l'OAI pour l'année 2015 intègre déjà une réduction supplémentaire de 10% (cf. décision de l'OAI du 6 juin 2017 [pièce 89 int.] ; et ATAS/1228/2018 du 27 décembre 2018, Faits ch. 13 [pièce 157 du dossier SUVA]). Ce même revenu a été repris dans la décision ultérieure de l'office AI du 25 janvier 2024 (pièce 431 int.). En conséquence, le revenu d'invalidité, comparé avec le revenu sans invalidité de CHF 60'719.69 (voire même celui de CHF 61'322.- retenu dans la décision initiale) conduit à constater l'absence de toute perte de gain. C'est dès lors à bon droit que l'intimée a nié au recourant le droit à une rente.

E. 12

Reste encore à vérifier le degré de l'IPAI accordée (25%).

E. 12.1

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} phr.) ; 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} phr.). 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).

E. 12.2

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} phr.) ; 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} phr.). 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} phr.). Cette disposition a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral U.401/06 du 12 janvier 2007 consid. 2.2). Le caractère durable de l'atteinte doit être à tout le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 124 V 29 consid. 4b/cc). Quant au caractère important de l'atteinte, le ch. 1 de l'annexe 3 à l'OLAA précise que les atteintes à l'intégrité qui sont inférieures à 5% selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Il faut en conclure qu'une atteinte est réputée importante si elle atteint au moins ce pourcentage (Thomas FREI et Juerg P. BLEUER, *Évaluation d'atteintes à l'intégrité multiples*, in SUVA Medical 2012, p. 202). Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1 ; ATF 113 V 218 consid. 4b ; RAMA 2004 p. 415 ; arrêt du Tribunal fédéral U.134/03 du 12

janvier 2004 consid. 5.2).

E. 12.3

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

E. 12.4

L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b et les références ; 124 V 209 consid. 4a/bb et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_745/2022 du 29 juin 2023 consid. 3.2 et la référence) – 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 ou SUVA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur www.suva.ch). Ces tables n'ont pas valeur de règles 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 ; 124 V 209 consid. 4a/cc ; 116 V 156 consid. 3a).

E. 13.1

Le recourant conteste le taux de l'indemnisation pour atteinte à l'intégrité fixé par l'intimée à 25% en avançant que les séquelles définitives de son accident justifieraient un taux de 40%. Il fait valoir que la gonarthrose dont il souffre doit être qualifiée de grave, compte tenu de la présence d'une instabilité.

E. 13.2

En l'espèce, dans son rapport du 7 février 2024, le Dr D_____, après avoir étudié le dossier du recourant et procédé à pas moins de cinq examens cliniques, a indiqué, en connaissance des limitations fonctionnelles, que le degré de l'IPAI devait être fixé à 25%. Il a expliqué avoir retenu une pangonarthrose moyenne à supérieure, avec un valgus important, tout en soulignant que les interlignes articulaires étaient encore visibles. Il a ainsi classé l'atteinte comme une arthrose moyenne, dans la partie haute de cette catégorie, en se référant à la table 5 « atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses » (disponible sur : <https://www.suva.ch/fr-ch/download/fiches-thematiques/tableau-05---atteinte-a-l-integrite-resultant-d--arthroses--2870/5.F>). On rappellera ici que, s'agissant de l'examen à l'IPAI, il appartient au médecin – qui dispose des connaissances spécifiques nécessaires – de procéder aux constatations médicales. Telle n'est pas la tâche de l'assureur ou du juge, lesquels se limitent à faire une

appréciation des indications données par le médecin (ATF 8C_580/2022 du 31 mars 2023 consid. 4.1.2). En l'occurrence et en l'absence d'éléments médicaux contraires, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'avis émis en toute connaissance de cause par le Dr D_____. En particulier, l'assuré ne fait valoir aucun élément médical permettant d'admettre une indemnisation plus large que celle retenue par le Dr D_____. En l'occurrence, le recourant se limite à substituer sa propre évaluation à celle du médecin. Or, aucun avis médical au dossier ne procède à une évaluation divergente de son atteinte à l'intégrité ou ne permet de mettre en doute l'appréciation du médecin d'arrondissement. Bien au contraire, les documents médicaux au dossier contredisent l'existence de l'instabilité invoquée par le recourant, puisque, dans leur rapport du 9 mai 2023, les Drs H_____ et I_____ ont expressément mentionné n'avoir constaté aucune instabilité frontale. Aussi le taux de l'atteinte à l'intégrité arrêté à 25% ne peut-il être que confirmé.

E. 14

Au vu de ce qui précède, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a), il n'est pas nécessaire de mettre sur pied une expertise orthopédique. Le recours est rejeté. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f bis LPGA a contrario).
*** 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.