

GE_GERICHTE A/3505/2022 vom 2. Mai 2023

GE Cour de justice, 2023-05-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3505_2022

FR: GE_GERICHTE A/3505/2022 du 2 mai 2023

IT: GE_GERICHTE A/3505/2022 del 2 maggio 2023

Erwägungen

E. 1

!

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).

E. 1.2

Selon l'art. 58 al. 2 LPGA, si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse.

E. 1.3

En l'espèce, le recourant, domicilié au Portugal, a été domicilié en dernier lieu dans le canton de Genève avant son départ et a travaillé pour une employeuse ayant également son siège dans ce canton.

E. 1.4

La compétence de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

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

E. 3

Le 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 après cette date, 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 citées ci-après dans leur teneur en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017.

E. 4

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté

dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

E. 5

Le litige porte sur le taux de la rente d'invalidité et de l'IPAI, et plus particulièrement sur la question de savoir si les atteintes à la santé du recourant de nature psychique doivent être prises en considération, ainsi que sur l'évaluation de son revenu d'invalidité. Est également litigieuse la question de savoir si l'intimée doit prendre financièrement en charge le traitement psychothérapeutique du recourant.![endif]>![if>

E. 6

![endif]>![if>

E. 6.1

Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPG).![endif]>![if>

E. 6.2

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).![endif]>![if>

E. 6.3

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).![endif]>![if>

E. 6.4

La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).![endif]>![if> En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 ; ATF 117 V 369 consid. 4b ; ATF 115 V 133 consid. 6 ; ATF 115 V 403 consid. 5). En

présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 et les références). En application de la pratique sur les conséquences psychiques des accidents (ATF 115 V 133), l'examen de ces critères doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce qui correspond à la clôture du cas selon l'art. 19 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5). L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident, étant précisé que l'amélioration attendue par la continuation du traitement médical doit être significative. Des améliorations mineures ne suffisent pas. Cette question doit être examinée de manière prospective. La clôture séparée d'un cas d'assurance-accidents pour les troubles psychiques d'une part et les troubles somatiques d'autre part n'entre pas en ligne de compte (arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 2.3 et les références). 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 ; ATF 115 V 133 consid. 6 ; ATF 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 (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 et 8C_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n° 23 p. 84 ; arrêt du Tribunal fédéral 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. Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie

l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue. Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa): - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ; - la durée anormalement longue du traitement médical ; - les douleurs physiques persistantes ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. De manière générale, lorsqu'il s'agit d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept, ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 3.3 et la référence). Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références ; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb ; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb).

E. 6.4.1

La raison pour laquelle la jurisprudence a adopté le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident repose sur l'idée que de telles circonstances sont propres à déclencher chez la personne qui les vit des processus psychiques pouvant conduire ultérieurement au développement d'une affection psychique. L'examen se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances de l'espèce. La survenance d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas en soi à conduire à l'admission de ce critère (ATF 148 V 138 consid. 5.3.1 et les références). A par exemple été considéré de caractère impressionnant, bien que non dramatique, un accident au cours duquel la main de l'assuré s'est retrouvée entraînée dans une ébavureuse, le fait que ce dernier connaissait les risques inhérents à la machine, qu'il avait réussi à dégager seul sa main et à se donner les premiers soins n'étant

nullement propre à relativiser l'émotion violente qu'il avait dû ressentir à cette occasion (arrêt du Tribunal fédéral 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 5.2). La condition a également été considérée comme remplie dans le cas d'un assuré qui, lors de travaux de démolition de boxes de garages, s'était trouvé pressé contre une benne de déchets par un pan de mur en plâtre s'écroulant sur lui tandis que le toit menaçait également de s'effondrer, et qui avait subi plusieurs fractures à la suite de cet événement nécessitant une hospitalisation de plusieurs jours (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 89/99 du 10 juillet 2000 consid. 3b). Ce critère a en outre été reconnu en présence d'un accident de la circulation dans un tunnel impliquant un camion et une voiture avec plusieurs collisions contre le mur du tunnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_257/2008 du 4 septembre 2008 consid. 3.3.3), d'un carambolage de masse sur l'autoroute (arrêt du Tribunal fédéral 8C_623/2007 du 22 août 2008 consid. 8.1), ou encore dans le cas d'une conductrice dont la voiture s'est encastrée contre un arbre entraînant le décès de la mère de celle-ci, qui occupait le siège passager (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 18/07 du 7 février 2008). A enfin été qualifié d'accident impressionnant, le cas d'un assuré qui s'est fait agresser à 4 heures du matin par trois inconnus devant son domicile. Après l'avoir projeté à terre et roué de coups, les agresseurs s'étaient enfuis à la suite de l'intervention des voisins. L'assuré avait souffert de plusieurs contusions et d'une fracture à la mâchoire qui avait nécessité une intervention chirurgicale. Le Tribunal fédéral a retenu que le caractère impressionnant de l'agression était donné, compte tenu notamment de la brutalité et de l'imprévisibilité de l'attaque ainsi que la disproportion des forces en présence (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 36/07 du 8 mai 2007). A contrario, un accident au cours duquel la main de l'assuré s'est retrouvée coincée dans un appareil de laminage n'a pas été considéré comme impressionnant ou dramatique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 82/00 du 22 avril 2002 consid. 3.2.1), ni encore celui au cours duquel un travailleur était tombé d'un échafaudage d'une hauteur d'environ 3 à 4 m (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 393/04 du 9 septembre 2004, ni celui à l'occasion duquel un travailleur avait chuté d'une échelle d'une hauteur d'environ 4,5 m dans une fouille (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 144/05 du 27 décembre 2005). La condition n'a pas non plus été considérée comme remplie dans le cas d'un travailleur victime d'un accident dans les circonstances suivantes : une lourde pierre s'était détachée d'un mur haut de 2,70 m d'un immeuble en démolition et lui avait percuté le dos, puis la cheville gauche, alors qu'il s'apprêtait à franchir une fenêtre ; le choc l'avait projeté en avant et il s'était trouvé face contre terre, à cheval sur la base de l'encadrement de la fenêtre (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 338/05 du 24 février 2004).

E. 6.4.2

Pour être retenu, le critère de la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques, postule d'abord l'existence de lésions physiques graves ou, s'agissant de la nature particulière des lésions physiques, d'atteintes à des organes auxquels l'homme attache normalement une importance subjective particulière (par exemple la perte d'un œil ou certains cas de mutilations à la main dominante) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 4.3.2 et les références). Ce critère a par exemple été admis en cas de polytraumatisme suite à un accident de la route (arrêts du Tribunal fédéral 8C_361/2022 du 13 octobre 2022 et 8C_398/2012 du 6 novembre 2012), en cas de lésion de l'œil ayant diminué la vision (arrêt du Tribunal fédéral 8C_965/2008 du 5 mai 2009), en cas d'hypoacousie associée à des acouphènes (arrêt du Tribunal fédéral 8C_612/2019 du 30 juin

2020) ou en cas de fracture à la jambe suivie d'une amputation (arrêt du Tribunal fédéral 8C_528/2021 du 3 mai 2022 consid. 7.3.1). Il a par contre été nié dans le cas d'un assuré blessé à l'épaule gauche qui se prévalait du fait qu'il était entravé dans ses activités quotidiennes avec ses enfants (arrêt du Tribunal fédéral 8C_13/2022 du 29 septembre 2022), dans le cas d'une fracture à la cheville (arrêt du Tribunal fédéral 8C_114/2021 du 14 juillet 2021) ou dans le cas d'une lésion complexe du membre inférieur droit, traitée par voie chirurgicale, et d'une entorse grave du genou gauche obligeant l'assuré à se déplacer à l'aide de deux béquilles (arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2020 du 15 février 2021 ; pour un résumé de la jurisprudence fédérale, voir également ATF 140 V 356 consid. 5.5.1).!

E. 6.4.3

S'agissant du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, l'aspect temporel n'est pas seul décisif ; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré. La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations, même pendant une certaine durée, ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêt du Tribunal fédéral 8C_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 5.2.2 et la référence). La jurisprudence a notamment nié que ce critère fût rempli dans le cas d'un assuré ayant subi quatre interventions chirurgicales entre juillet 2010 et juillet 2015, au motif notamment que les hospitalisations avaient été de courte durée et que mis à part lesdites interventions, l'essentiel du traitement médical avait consisté en des mesures conservatrices (arrêt du Tribunal fédéral 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.2.3). En revanche, elle l'a admis dans le cas d'un assuré qui, hospitalisé du 15 décembre 2011 au 5 janvier 2012, avait subi trois interventions chirurgicales du coude gauche, puis une ablation du fixateur externe le 7 février 2012, une ablation du matériel d'ostéosynthèse et arthrolyse du coude le 19 novembre 2013 nécessitant une hospitalisation jusqu'au 19 décembre suivant et enfin une opération de neurolyses des nerfs ulnaire et médian au coude et poignet gauches le 10 février 2015 ; l'assuré avait en outre séjourné dans une clinique de réadaptation pendant un peu plus d'un mois pour une évaluation multidisciplinaire et professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 6.3.2). Le critère a également été admis dans le cas d'une longue et pénible convalescence sur une période de vingt-et-un mois impliquant trois interventions chirurgicales ayant tenu l'assuré loin de chez lui pendant près de cinq mois à compter de l'accident, puis deux autres opérations pratiquées par la suite pour enlever le matériel d'ostéosynthèse et nécessitant encore deux semaines de rééducation intensive (arrêt du Tribunal fédéral 8C_818/2015 du 15 novembre 2016 consid. 6.2). Il a enfin été récemment admis dans le cas d'une hospitalisation de sept mois après l'accident, dont deux mois de transferts « lit-fauteuil » pour garantir l'absence de charge sur les deux membres inférieurs, l'assuré s'étant au surplus soumis à deux opérations chirurgicales d'ostéosynthèse au niveau du bassin, à une opération d'ablation du matériel d'ostéosynthèse, suivie d'une nouvelle hospitalisation de trois semaines, puis à une nouvelle hospitalisation de près d'un mois en raison de l'exacerbation des douleurs au niveau du bassin et enfin à une évaluation multidisciplinaire durant deux semaines. Au titre d'interventions figuraient également une urétrographie-cystoscopie sous narcose et des perfusions de xylocaïne et de kétamine (ATF 148 V 138 consid. 5.3.2).!

E. 6.4.4

Quant au critère des douleurs persistantes, il faut que des douleurs importantes aient existé sans interruption notable durant tout le temps écoulé entre l'accident et la clôture du cas au sens de l'art. 19 al. 1 LAA. L'intensité des douleurs est examinée au regard de leur crédibilité, ainsi que de l'empêchement qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4).!

E. 6.4.5

En ce qui concerne l'existence de difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes, il convient de préciser que ces deux aspects ne doivent pas être remplis de manière cumulative. Il doit exister des motifs particuliers ayant entravé la guérison, et ce même s'il n'a pas été possible de supprimer les douleurs de l'intéressé, ni même de rétablir une capacité de travail entière (arrêt du Tribunal fédéral 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid.5.2.5 et les références).!

E. 6.4.6

Quant au critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, il doit se rapporter aux seules lésions physiques et ne se mesure pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi, il n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (p. ex. arrêt du Tribunal fédéral 8C_209/2020 du 18 janvier 2021 consid. 5.2.2). Ce critère est en principe admis en cas d'incapacité totale de travail de près de trois ans (arrêts du Tribunal fédéral 8C_547/2020 du 1 er mars 2021 consid. 5.1 et 8C_600/2020 du 3 mai 2021 consid. 4.2.4 et les références ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_803/2017 du 14 juin 2018 consid. 3.7 et 8C_116/2009 du 26 juin 2009 consid. 4.6). Ce critère n'est en revanche pas rempli dans le cas d'un assuré qui s'est trouvé en incapacité de travail totale pendant un peu plus d'une année (arrêt du Tribunal fédéral 8C_209/2020 précité), pendant un an et demi (arrêt du Tribunal fédéral 8C_627/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.4.5), pendant vingt mois (arrêt du Tribunal fédéral 8C_93/2022 consid. 5.3) ou encore pendant vingt-et-un mois (arrêt du Tribunal fédéral 8C_600/2020 du 3 mai 2021 consid. 4.2.4).!

E. 7

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).! 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). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères: s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

E. 8

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. 9

En l'espèce, le recourant soutient en premier lieu que l'intimée n'a pas tenu compte de l'ensemble des limitations fonctionnelles physiques dont il souffre, mises en avant par les Drs L_____ et N_____, de sorte que sa conclusion d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée ne serait pas correcte. Tout d'abord, la chambre de céans constate que les conclusions du Dr G_____ se fondent non seulement sur les pièces du dossier médical du recourant, mais également sur ses propres constatations cliniques puisqu'il l'a personnellement examiné à trois reprises. Le médecin d'arrondissement a par ailleurs recueilli les plaintes du recourant, procédé à une anamnèse complète et motivé ses

conclusions. Son appréciation doit ainsi se voir reconnaître une pleine valeur probante. Cela est d'autant plus vrai qu'aucun élément médical au dossier ne permet de douter de la fiabilité des conclusions du Dr G_____. En effet, aucun rapport médical ne critique son appréciation ou fait simplement état de ce que la capacité de travail du recourant ne serait pas entière dans une activité adaptée. Au contraire, le Dr H_____ a indiqué trouver adéquates les conclusions de l'intimée et être favorable à une reprise professionnelle adaptée. Concernant les constatations du Dr L_____, elles se superposent en grande partie à celles du Dr G_____. Les deux médecins sont en effet d'avis que le recourant ne peut plus exercer son ancienne activité de maçon et établissent des limitations fonctionnelles similaires, hormis quant au port de charges, que le médecin traitant limite à 5 kg alors que le médecin d'arrondissement mentionne un port de charges possible jusqu'à 20 kg. Cette seule divergence – qui n'est du reste pas spécifiquement motivée par le Dr L_____ – ne remet pas en cause le constat d'une pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, mais éventuellement les limitations fonctionnelles à respecter. Il sied par ailleurs de relever que le Dr L_____ a en outre indiqué que le recourant cherchait à se reconvertir sur le plan professionnel, sous-tendant ainsi une capacité de travail dans une activité adaptée. S'agissant du rapport du Dr N_____ du 17 mars 2022, force est de constater que s'il pose un diagnostic, soit celui de syndrome lombo-vertébral dans un contexte de boiterie antalgique du genou droit, il est muet quant à une éventuelle répercussion sur la capacité de travail du recourant ou les limitations fonctionnelles induites par cette atteinte à la santé. En tant que ce rapport indique que le recourant doit réaliser des exercices de physiothérapie pour apprendre le guidage dynamique, que d'autres investigations seront menées dans un second temps en cas de non-amélioration des symptômes et qu'aucune radiographie, IRM subséquentes ou tout simplement un autre rapport de consultation pour le trouble lombaire ne figure au dossier, l'atteinte qui y est mentionnée ne semble pas, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, avoir persisté ou être incapacitante. Le recourant ne peut ainsi être suivi lorsqu'il affirme que le syndrome lombo-vertébral l'empêche d'exercer un très grand nombre d'activités, même légères, voire assises. Dans ces circonstances, il apparaît que l'intimée a correctement diagnostiqué les atteintes à la santé somatiques du recourant (fracture du fémur distale droit sus- et intercondylienne avec fragment de Hoffa au niveau du condyle fémoral externe, ostéosynthèse, cal vicieux avec valgus du membre inférieur droit, fracture non déplacée de l'os naviculaire intra-articulaire et ablation du matériel d'ostéosynthèse) et jugé qu'il disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, sans baisse de rendement.

E. 10

Reste à déterminer si les troubles psychiques dont souffre le recourant doivent être pris en compte dans l'analyse de sa capacité de travail. Ceci revient à juger de leur lien de causalité adéquate avec l'accident, étant relevé que selon le médecin d'arrondissement de l'intimée, le lien de causalité naturelle est certain pour ce qui a trait à l'état de stress post-traumatique et probable pour ce qui est de l'atteinte dépressive, ce qui implique que la causalité naturelle est admise.![endif]>![if>

E. 10.1

Le recourant ne discute pas dans son recours de la qualification de l'accident retenue par l'intimée, à savoir un accident de gravité moyenne stricto sensu, alors qu'il soutenait dans son opposition que celui-ci pouvait être de nature plus élevée, le qualifiant de gravité moyenne à tout le moins, à la limite des cas graves, voire grave.![endif]>![if> Compte tenu

du déroulement de l'accident, tel qu'il ressort du rapport dressé par B _____ – lequel contient le plus de précisions à cet égard et n'est pas remis en cause par les parties – la qualification d'accident de gravité moyenne stricto sensu doit être confirmée, à la lumière des forces mises en jeu lors de l'accident. Les blessures occasionnées au recourant, soit des fractures et des plaies superficielles, à l'exclusion de troubles vasculo-nerveux ou d'autres lésions plus étendues, sont en effet révélatrices d'une puissance moyenne dégagée lors de l'accident. Le cas ne peut pas être considéré comme similaire à celui jugé par le Tribunal fédéral des assurances dans l'arrêt U 89/99 du 10 juillet 2000 qui avait été évalué de gravité moyenne à la limite des cas graves, dans la mesure où l'assuré souffrait alors d'autres lésions en sus d'une fracture du radius, notamment d'une hernie inguinale et d'une rupture de l'apophyse transverse de la première vertèbre lombaire droite. De plus, récemment, le Tribunal fédéral a également classifié des accidents de foudre dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite des cas graves, (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_437/2021 du 25 novembre 2021 et ATF 148 V 301) alors que les forces générées par la foudre apparaissent plus importantes que celles du cas d'espèce.

E. 10.2

Il s'agit donc de discuter de la réalisation des critères jurisprudentiels pour juger du lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques dont souffre le recourant.![endif]>![if>

E. 10.2.1

Dans sa décision sur opposition, l'intimée a laissé ouverte la question de savoir si le critère des douleurs physiques persistantes était rempli, au motif que les autres critères ne l'étaient pas, tandis qu'elle l'a nié dans la procédure de recours devant la chambre de céans. À l'instar de ce qu'elle développe dans son écriture du 23 décembre 2022, les éléments au dossier ne permettent pas de retenir que le recourant a souffert de douleurs importantes récurrentes entre le moment de l'accident et la clôture du cas qui auraient eu un impact sur l'ensemble de sa vie quotidienne. Les rapports médicaux font en effet état de douleurs fluctuantes et stagnantes, qui se manifestent surtout à la charge et à la course. La gêne principale rapportée avant la seconde opération était par ailleurs celle d'un déficit d'extension et le recourant a ressenti une amélioration à sa suite, également sur le plan des douleurs. De même, si le Dr L _____ a certes indiqué que le recourant ne pouvait plus pratiquer les activités sportives auxquelles il s'adonnait avant l'accident, d'autres rapports mentionnent que le recourant a repris une légère activité sportive (cf. rapport du Dr F _____ du 3 juillet 2019 et du Dr D _____ du 27 novembre 2019). En tout état, pour juger de l'impact d'un accident sur la vie quotidienne d'un assuré lors de l'analyse du critère des douleurs physiques persistantes, on ne saurait se fonder exclusivement sur les limitations ressenties dans la sphère sportive. Enfin, il sied en outre de tenir compte du fait que le recourant ne prend pas de médication pour traiter ses douleurs, hormis une prise d'antalgiques durant les deux phases postopératoires, ce qui exclut qu'elles soient considérables au sens entendu par la jurisprudence. La réalisation de ce critère doit donc être niée.![endif]>![if>

E. 10.2.2

Les parties s'accordent par ailleurs sur le fait qu'il n'y a pas eu d'erreurs dans le traitement médical ayant entraîné une aggravation des séquelles de l'accident, et tel n'est effectivement pas le cas.![endif]>![if> Sur le reste des critères, leurs points de vue divergent.

E. 10.2.3

Concernant en premier lieu le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident, la chambre de céans considère que l'accident a revêtu un caractère impressionnant. Le recourant s'est en effet retrouvé coincé entre une benne et la lame stabilisatrice d'une machine de chantier, laquelle avait ripé et s'était projetée contre lui. Bien qu'il ne soit pas possible, au vu des éléments au dossier, de savoir quelle était la vitesse exacte de la pelle hydraulique, il faut admettre que celle-ci n'était pas anodine, le recourant n'ayant pas été en mesure d'éviter le coup et son collègue au volant d'empêcher l'avancée de la machine. De manière générale, des machines de chantier ont également un caractère impressionnant, même pour des gens du métier, ce d'autant plus que le recourant a en l'occurrence été heurté par la lame stabilisatrice en métal, et s'est retrouvé coincé en étau, sans pouvoir se dégager. À tout le moins, l'accident ne paraît pas moins impressionnant que celui dans lequel la main d'un assuré a été entraînée dans une ébavureuse, la machine étant alors statique, au contraire du cas d'espèce. Il présente en outre certaines similitudes avec l'accident au cours duquel la victime avait été coincée par la chute d'un pan de mur (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 89/99 du 10 juillet 2000). Par conséquent, il peut être admis que l'accident avait un caractère particulièrement impressionnant, sans qu'il faille précisément déterminer si les circonstances étaient particulièrement dramatiques. Du reste, l'on soulignera que l'employeuse semble également avoir considéré que l'accident n'était pas bénin et nécessitait la prise de mesures, puisqu'elle a décrété un moratoire sur l'attribution de missions à des pré-retraités.![endif]>![if>

E. 10.2.4

Concernant en deuxième lieu le critère des difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes, contrairement à ce que soutient le recourant, le fait qu'il ait dû suivre une rééducation intensive ne permet pas d'admettre sa réalisation. La rééducation sous forme de physiothérapie est au contraire la voie usuelle pour traiter les atteintes aux membres inférieurs à la suite d'opérations. En outre, aucun élément médical au dossier ne permet de retenir que la boiterie persistante qui semble avoir favorisé le syndrome lombo-vertébral aurait compliqué la guérison du recourant concernant les membres inférieurs. Le diagnostic a d'ailleurs été posé la première fois en mai 2022, soit assez tardivement. De plus, contrairement à ce que soutient le recourant, le risque d'arthrose post-traumatique n'est que futur et n'a donc pas eu d'effet sur le déroulement de la guérison. Enfin, l'apparition d'une tendinite fascia lata qui a été traitée par l'ablation du matériel d'ostéosynthèse n'est pas non plus qualifiée de difficulté particulière sur la voie de la guérison ou de complication importante qui sortirait de l'ordinaire par les différents médecins ayant soigné le recourant. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse est au contraire un acte relativement fréquent après une chirurgie orthopédique. L'on pourrait néanmoins se poser la question de savoir si la position en valgus prise par le genou du recourant constituerait une difficulté apparue au cours de la guérison ou une complication importante. Dans la mesure où les médecins ont finalement décidé de ne pas réaliser l'ostéotomie de correction, car l'axe valgus protégeait le compartiment fémoro-tibial interne, tel n'est cependant pas le cas.![endif]>![if>

E. 10.2.5

S'agissant du critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, on pourrait admettre que celui-ci est réalisé, dans la mesure où le recourant a été totalement incapable de travailler en raison de ses atteintes à la santé somatique durant près

de deux ans et demi si l'on tient compte de la date de l'examen du Dr G _____ du 21 avril 2021 au cours duquel il a estimé que le cas était stabilisé, respectivement durant près de trois ans si l'on tient compte de la date du 30 septembre 2021 jusqu'à laquelle l'intimée a versé les indemnités journalières et a clôturé le cas au sens de l'art. 19 al. 1 LAA, jugeant que la continuation du traitement médical ne pouvait alors plus apporter une sensible amélioration de l'état du recourant. Dans les deux cas, ces durées d'incapacité de travail sont suffisamment longues pour retenir que le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques est réalisé.![endif]>![if>

E. 10.2.6

Cela étant, les autres critères développés par la jurisprudence ne sont de toute évidence pas remplis. De simples fractures aux membres inférieurs ne sont pas des lésions physiques particulièrement graves propres, selon l'expérience générale, à entraîner des troubles psychiques, et ne sont pas assimilables à la perte de l'usage d'un organe important. En outre, le traitement auquel s'est soumis le recourant n'était pas anormalement long et a essentiellement consisté en de la rééducation par physiothérapie, hormis les deux interventions qu'il a subies, lesquelles étaient néanmoins espacées dans le temps et n'ont pas occasionné de longues hospitalisations. ![endif]>![if>

E. 10.3

Au vu de ce qui précède, il sied de constater que les troubles psychiques dont souffre le recourant ne sont pas en lien de causalité adéquate avec l'accident du 29 octobre 2018, celui-ci étant de gravité moyenne stricto sensu, et au maximum deux critères développés par la jurisprudence étant remplis. Il n'apparaît pas non plus que les critères en question se soient manifestés de manière particulièrement marquante pour justifier à eux seuls ou cumulés entre eux l'admission de la causalité adéquate, étant précisé que le recourant ne le soutient pas.![endif]>![if> Dans ces circonstances, la décision de l'intimée d'écarter les troubles psychiques du recourant et de ne pas prester pour ceux-ci doit être confirmée, tant pour ce qui a trait à l'évaluation de la capacité de travail et de l'IPAI que concernant la prise en charge du traitement psychothérapeutique.

E. 11

![endif]>![if>

E. 11.1

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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA ; méthode ordinaire de la comparaison des revenus).![endif]>![if> Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (al. 1) ; seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

E. 11.2

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. 12

!

E. 12.1

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 16 LPGa). En règle ordinaire, 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. 12.2

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. 12.3

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). !

E. 12.4

On évaluera le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 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 du 4 août 2021 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). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a récemment 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).

E. 12.5

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). À cet égard, le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire cantonale n'est pas limité à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative (« Angemessenheitskontrolle »). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans l'exercice de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. À cet égard, le tribunal des assurances sociales ne peut pas, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2 et la référence). Concernant l'abattement pour les limitations fonctionnelles, on rappellera qu'une réduction au titre du handicap dépend de la nature des limitations fonctionnelles présentées et n'entre en considération que si, sur un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (ATF 148 V 419 consid. 6 non publié et les références).

E. 12.6

Le recourant critique le calcul de la perte de gain effectué par l'intimée et soutient qu'il ne peut plus travailler dans le secteur de la construction ou celui de la production compte tenu de ses importantes limitations fonctionnelles, de sorte qu'il faudrait se baser exclusivement sur les salaires statistiques des activités de services. Ce point de vue ne saurait être suivi. La jurisprudence fédérale n'admet le recours à des secteurs particuliers de l'ESS, voire à des branches particulières, que dans des circonstances spécifiques, à savoir lorsque la personne assurée a travaillé dans un domaine durant de nombreuses années avant l'atteinte à la santé et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte, le but étant ainsi de permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail dans l'activité qui paraît la plus adaptée à sa santé. Or, en l'occurrence, il n'existe pas de circonstances particulières permettant de déroger aux salaires mensuels résultant du tableau TA1_skill_level, à la ligne « total secteur privé ». Le recourant n'a pas travaillé durant de nombreuses années dans la construction avant l'accident et son cas de figure est similaire à celui de personnes assurées ne pouvant plus accomplir leur ancienne activité car elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Dans la mesure où le Tribunal fédéral admet que pour ces assurés ce salaire statistique recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, le salaire avec invalidité fixé sur cette base par l'intimée doit être confirmé. Par ailleurs, le fait que les Drs G_____ et L_____ aient évalué différemment le poids que le recourant peut porter n'a pas non plus d'influence sur le revenu avec invalidité, au regard du fait que les statistiques sur lesquelles ce revenu se fonde comprennent un nombre suffisant d'activités légères ne nécessitant pas le port de charges

excédant les 3 à 4,5 kg (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.1.4). À toutes fins utiles, la chambre de céans relève qu'il en serait allé de même si le syndrome lombo-vertébral avait été reconnu incapacitant ainsi qu'en lien de causalité naturelle avec l'accident, le marché équilibré du travail offrant la possibilité d'exercer des activités légères ou alternées entre la position assise et debout compatibles avec les limitations fonctionnelles généralement induites par un tel trouble (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 761/01 du 18 octobre 2002 consid. 2.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_299/2010 du 23 juillet 2010 consid. 4.3). Le recourant n'élève pas d'autres griefs à l'encontre du calcul de sa perte de gain opéré par l'intimée et celui-ci apparaît conforme au droit. En particulier, un abattement sur le salaire statistique n'est en l'espèce pas pertinent: le niveau de compétence 1 de l'ESS comprend un grand nombre d'activités légères à moyennement lourdes qui sont compatibles avec les limitations fonctionnelles du recourant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_48/2021 du 20 mai 2021 consid. 4.3.4 et les références), un abattement en raison de l'absence d'expérience et d'ancienneté dans une activité exigible de niveau 1 n'entre pas en ligne de compte (arrêt du Tribunal fédéral 8C_699/2017 du 26 avril 2018 consid.3.2 et les références), ni le fait que le recourant n'est pas Suisse, le Tribunal fédéral ayant indiqué que les titulaires d'une autorisation de séjour ne sont pas moins rémunérés que les personnes de nationalité suisse (ATF 126 V 75 consid. 5) ; le recourant a au surplus été jugé apte à travailler à 100% et n'est pas d'un âge avancé, étant précisé qu'il n'est pas possible d'accorder un abattement sur la base de ce critère lorsqu'on est en présence d'un cas d'application de l'art. 28 al. 4 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) (ATF 148 V 419). Les autres paramètres du calcul (prise en compte de l'inflation et de l'horaire hebdomadaire de travail) sont également corrects. Par conséquent, l'octroi d'une rente d'invalidité sur la base d'un taux d'invalidité de 22% est conforme au droit.

E. 13

!

E. 13.1

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} 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).

E. 13.2

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} 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). Cette disposition a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 401/06 du 12 janvier 2007 consid. 2.2). Le caractère durable de l'atteinte doit être à tout le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 124 V 29 consid. 4b/cc). Quant au caractère important de l'atteinte, le ch. 1 de l'annexe 3 à l'OLAA précise que les atteintes à l'intégrité qui sont inférieures à 5 % selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Il faut en conclure qu'une atteinte est réputée importante si elle atteint au moins ce pourcentage (Thomas FREI et Juerg P. BLEUER, Évaluation d'atteintes à l'intégrité multiples, in SUVA Medical 2012, p. 202). Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1 ; ATF 113 V 218 consid. 4b ; RAMA 2004 p. 415 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2).

E. 14

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

E. 15

E. 15.1

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 (ch. 1 al. 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).

E. 15.2

Lors de la fixation de l'indemnité, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité (art. 36 al. 4 1^{ère} phrase OLAA). De jurisprudence constante, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_494/2014 du 11 décembre 2014 consid. 6.2 ; RAMA 1998 n° U 320 p. 602 consid. 3b). À titre d'exemples, le Tribunal fédéral a nié le caractère prévisible d'une aggravation en fonction de l'indication du médecin selon laquelle « il n'était pas impossible » que l'affection (périarthrite scapulo-humérale) entraînant « d'ici quelques années » une arthrose moyenne (RAMA 1998 p. 602 consid. 3b) ; à l'inverse, il a admis l'aggravation prévisible d'une arthrose du genou dans le cas où le médecin a fait état d'une telle aggravation « en raison de l'évolution toujours défavorable de l'arthrose » (arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3, in SVR 2009 UV n° 27 p. 98).

E. 15.3

Le recourant fait grief à l'intimée d'avoir mal fixé le pourcentage d'atteinte à l'intégrité en raison de ses atteintes physiques. Il soutient qu'il souffre d'une réduction de mobilité au niveau du genou limitant son mouvement et sa rotation, ce qui justifierait une indemnisation selon la table 2 de la SUVA, tandis que le risque d'arthrose post-traumatique justifie une indemnisation selon la table 5 de minimum 15%, voire 30%. Il sied de rappeler que le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales. Or, le recourant ne s'appuie sur aucun élément médical pour critiquer l'appréciation du Dr G_____ quant à l'IPAI, qu'il a fixée, après avoir examiné le recourant à trois reprises, sur la base de la table 5 et d'une gonarthrose fémoro-tibiale latérale modérée, ainsi que de son évolution à moyen terme. L'indemnisation selon la table 5 pour ce type d'atteinte étant comprise entre 5% et 15%, l'octroi d'une IPAI de 10% respecte ce barème. Ceci suffit à rejeter le grief du recourant. À toutes fins utiles, la chambre de céans observe néanmoins que l'octroi d'une IPAI fondée sur la table 2 de la SUVA n'aurait pas été justifiée, dans la mesure où, selon les constatations médicales, le recourant a retrouvé ses amplitudes articulaires au niveau du genou droit. Tel était déjà le cas lors de l'examen du 5 novembre 2019 du Dr G_____ et cela a encore été confirmé par la suite au cours des examens physiques réalisés par les Drs H_____ et L_____, lesquels ont mis en évidence une flexion/extension complète, à tout le moins après la seconde opération de juin 2020. Par conséquent, l'octroi d'une IPAI de 10% ne prête pas le flanc à la critique.

E. 16

![endif]>![if>

E. 16.1

Aux termes de l'art. 6 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH - RS 0.101), toute personne a droit à ce que sa cause soit entendue équitablement, publiquement et dans un délai raisonnable, par un tribunal indépendant et impartial, établi par la loi. Un litige portant sur le droit éventuel à des prestations d'assurance, dont l'examen dépend essentiellement de l'appréciation de rapports médicaux, fonde le droit à des débats publics en procédure cantonale. La requête de tels débats doit néanmoins être formulée de manière claire et indiscutable (ATF 127 V 47). De simples requêtes de preuves, comme des demandes tendant à une comparution ou à une interrogation personnelle, à un interrogatoire des parties, à une audition des témoins ou à une inspection locale, ne suffisent pas pour fonder une semblable obligation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_335/2021 consid. 3.1 et les références ; ATF 127 V 47).![endif]>![if>

E. 16.2

En l'espèce, le recourant a conclu à des mesures d'instruction sous la forme de son audition et celle de ses médecins traitants, en application de l'art. 6 CEDH, ainsi qu'à la réalisation d'une expertise pour déterminer les activités qu'il pourrait exercer compte tenu de l'ensemble de ses atteintes à la santé. Il estime que les auditions requises seraient de nature à permettre d'attester de la réalisation des critères jurisprudentiels afférents à la reconnaissance de la causalité adéquate entre l'accident et ses atteintes à la santé de nature psychique et permettraient de confirmer les contradictions entre les appréciations de ses médecins et celles émanant du médecin-conseil de l'intimée. Ces contradictions justifieraient en outre la mise sur pied d'une expertise.![endif]>![if> Comme il a été vu plus haut, une pleine valeur probante doit être accordée aux conclusions du médecin d'arrondissement de l'intimée concernant la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Quant à la question de la causalité adéquate, il s'agit d'une question de droit, et non médicale. Dans ces circonstances, par appréciation anticipée des preuves (cf. ATF 122 II 469 consid. 4a ; ATF 122 III 223 consid. 3c), une audition des médecins traitants, du recourant, ou la mise en œuvre d'une expertise apparaissent inutiles, la chambre de céans étant en mesure de se prononcer sur la base de l'instruction déjà menée. En outre, si le recourant a invoqué l'art. 6 CEDH qui permet à un justiciable de solliciter la tenue de débats publics pour trancher sa cause, force est de constater qu'il n'a pas explicitement requis la tenue de tels débats, mais s'est contenté de solliciter son audition et celle de ses médecins traitants et de sa psychologue en vue de clarifier des questions médicales afférentes à ses limitations fonctionnelles et à sa capacité de travail, ainsi que la question de la causalité adéquate. Ce faisant, la demande du recourant porte sur l'administration des preuves et ne constitue pas une requête claire et indiscutable de débats publics au sens de l'art. 6 CEDH. Il n'y a par conséquent pas lieu d'ordonner la tenue d'une audience publique sur cette base.

E. 17

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. ![endif]>![if> Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario). Il en va de même de l'intimée qui agit en tant qu'assureur social devant une juridiction de première instance (ATF 126 V 149 consid. 4). 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.