

## **GE\_GERICHTE A/3824/2019 vom 14. Juli 2020**

GE Cour de justice, 2020-07-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3824\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3824_2019)

FR: GE\_GERICHTE A/3824/2019 du 14 juillet 2020

IT: GE\_GERICHTE A/3824/2019 del 14 luglio 2020

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à ONEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Katarzyna KEDZIA RENQUIN l'assuré contre SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jeanne-Marie MONNEY l'intimée EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1975 en Pologne, y a suivi une formation de mécanicien. Il s'est établi en Suisse en 2006. Dès janvier 2010, il a été employé en qualité de chauffeur de poids lourds par un premier employeur. À ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la Suva ou l'intimée).

2. Le 30 juin 2011, l'assuré a été heurté par un véhicule alors qu'il roulait à scooter. Il a subi une rupture du ligament croisé antérieur et du ménisque interne du genou droit, un arrachement du 3ème cunéiforme du pied droit et une entorse du rachis cervical. Une incapacité de travail totale a été attestée dès cette date.

3. Le 10 novembre 2011, l'assuré a subi une plastie du ligament croisé antérieur avec résection du ménisque interne du genou droit, pratiquée par le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.

4. L'assuré a été licencié avec effet au 30 novembre 2011.

5. L'assuré a été engagé le 1er avril 2012 en tant que chauffeur-manutentionnaire par une entreprise de valorisation de déchets.

6. Le Dr B\_\_\_\_\_ a attesté une reprise du travail à 100 % dès le 2 avril 2012.

7. Dans son rapport du 8 octobre 2012, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que le traitement était terminé sans dommage permanent, hormis quelques douleurs occasionnelles.

8. Dans un rapport du 1er février 2013, le Dr B\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une probable redéchirure du ménisque interne. Une éventuelle arthroscopie était discutée.

9. Le 11 novembre 2013, le Dr B\_\_\_\_\_ a pratiqué une arthroscopie du genou droit de l'assuré. Il a par la suite attesté une incapacité de travail totale jusqu'au 3 mars 2014.

L'assuré a annoncé à la Suva une rechute à la date de l'intervention.

10. Dans un certificat médical du 14 février 2014, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré devait éviter la marche prolongée, le travail en position debout prolongée, accroupi, à genoux, le port de charges ainsi que la montée et descente des escaliers.

11. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) du 20 mai 2014 au 11 juin 2014.

Dans leur rapport du 10 juin 2014, les médecins de la CRR ont diagnostiqué à la suite de l'accident du 30 juin 2011 une contusion du genou droit avec rupture du ligament croisé antérieur et du ménisque interne du genou droit, un arrachement au niveau du 3ème cunéiforme, une entorse de l'arrière-pied et des cervico-brachialgies droites au niveau C6-C7 avec une discrète discopathie protrusive focale C5-C6 sans conflit disco-radiculaire objectivable, des douleurs costo-vertébrales C4-C6 et une arthrose interfacettaire de l'articulation

costo-vertébrale de la 10<sup>ème</sup> côte. Les médecins ont précisé que les plaintes et les limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives. L'activité antérieure, sollicitant la position debout ainsi que des travaux de manutention lourde, était difficilement exigible et avait un impact négatif sur le fonctionnement du genou droit. Une activité de conduite pure, sans port de charges ni manutention lourde, était envisageable. La capacité de travail était nulle jusqu'au 10 juillet 2014. 12. L'assuré a été licencié au 30 juin 2014. 13. Le 25 juillet 2014, le premier employeur a transmis à la Suva les fiches de salaire de l'assuré pour la période de juin 2010 à juin 2011. Il a indiqué que ce dernier aurait, s'il n'avait pas été victime de l'accident du 30 juin 2011 et était resté au sein de l'entreprise, réalisé en 2014 un revenu mensuel de CHF 5'200.-, auquel s'ajouterait une gratification annuelle de CHF 2'000.-. 14. Le 2 septembre 2014, l'assuré a subi une troisième intervention chirurgicale au genou droit, pratiquée par le Dr B \_\_\_\_\_, consistant en une notchplastie élargie et une résection des fibres du cyclope. 15. Dans un avis du 17 octobre 2014, le docteur C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la Suva, a estimé que le cas serait stabilisé au 15 novembre. L'assuré pouvait exercer une activité essentiellement assise sans port de charges lourdes. 16. Le 4 décembre 2014, le Dr C \_\_\_\_\_ a examiné l'assuré. Ce dernier se plaignait toujours de douleurs diffuses au genou droit et de douleurs de l'hémithorax droit et du rachis cervical, sans brachialgie associée. Compte tenu de l'atteinte au genou droit et des douleurs à la marche, l'ancienne activité de chauffeur de poids lourds-manutentionnaire n'était plus exigible. En revanche, dans une activité réalisée à la guise de l'assuré en position assise ou debout, avec un port de charges limité à 5 kg, sans déplacement dans des escaliers et sans devoir monter sur une échelle, l'assuré avait une capacité de travail entière sans baisse de rendement. Le médecin a précisé le traitement médical restant à charge de la Suva. Compte tenu de l'absence d'instabilité séquellaire et d'arthrose dégénérative évoluée, une indemnité pour atteinte à l'intégrité n'était pas indiquée. 17. Le 25 novembre 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI). 18. Le 15 décembre 2014, la Suva a informé l'assuré que selon l'examen du Dr C \_\_\_\_\_, il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident. Par conséquent, elle mettait un terme au versement des indemnités journalières et à la prise en charge des soins au 30 avril 2015, hormis six consultations annuelles pendant une année auprès du chirurgien traitant ainsi que deux séances de physiothérapie hebdomadaires pendant six mois, puis une séance hebdomadaire pendant six mois supplémentaires. 19. Dans un avis du 31 juillet 2015, le Dr C \_\_\_\_\_ a retenu que le statu quo sine était largement atteint s'agissant des suites de l'entorse cervicale. Les troubles actuels au rachis cervical étaient en relation de causalité tout au plus possible avec l'événement initial. 20. Le 24 août 2015, la Suva a indiqué à l'assuré que les troubles au niveau du rachis cervical n'étaient pas en lien de causalité naturelle avec l'accident. 21. Le 11 septembre 2015, l'assuré a demandé à la Suva de prendre en charge notamment le traitement concernant sa colonne cervicale. 22. Dans un document du 16 octobre 2015, la Suva a recensé 283 postes compatibles avec les limitations fonctionnelles de l'assuré, parmi lesquels elle a retenu cinq descriptifs de postes de travail (ci-après : DPT). Il s'agissait des postes d'employé au contrôle de qualité, de boîtier-polisseur dans l'horlogerie, de rectifieur, de collaborateur de production et d'employé d'horlogerie. En 2015, le revenu moyen tiré de ces cinq activités était de CHF 62'131.20, le revenu minimal de CHF 58'456.- et le revenu

maximal de CHF 65'806.40. Le poste d'employé au contrôle de qualité impliquait de monter des marches et de porter des charges jusqu'à 10 kg jusqu'à 30 minutes par jour. L'employé d'horlogerie devait également porter des charges jusqu'à 10 kg pendant une demi-heure par jour. [endif]>[if> 23. Par décision du 20 octobre 2015, la Suva a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 12 % calculée sur un gain annuel de CHF 64'700.-, soit un montant de CHF 517.60, dès le 1 er mai 2015. Elle a nié le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Elle a retenu que l'assuré était à même d'exercer à plein temps une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à condition qu'il puisse travailler en position alternée assise et debout. Une telle activité lui permettrait de réaliser un salaire annuel de CHF 62'131.-. Compte tenu du salaire de CHF 70'700.- possible sans accident, la perte de gain était de 12 %. [endif]>[if> Dans le décompte joint du 20 octobre 2015, la Suva a retenu que le salaire sans invalidité correspondait à douze mensualités de CHF 5'200.-, une gratification de CHF 2'000.-, une prime de nuit de CHF 2'100.- et des indemnités de repas de CHF 4'200.-. 24. Par opposition du 20 novembre 2015, complétée le 20 janvier 2016, l'assuré a contesté la décision de la Suva. Il a nié pouvoir réaliser un salaire de CHF 62'131.-. Le dossier ne permettait pas de comprendre comment la Suva avait retenu un tel revenu. Par ailleurs, aucune pièce du dossier ne faisait état d'un gain assuré de CHF 64'700.-, étant entendu que le salaire réalisé dans l'année précédant l'accident était de CHF 70'700.-. [endif]>[if> 25. Par décision du 8 février 2016, la Suva a rejeté l'opposition. Elle a rappelé que le Dr C\_\_\_\_\_ avait admis une capacité de travail totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Le revenu d'invalidité avait été fixé à CHF 62'131.- sur la base des données salariales résultant de DPT adaptés au handicap de l'assuré. S'agissant du gain assuré, au vu des fiches de salaires fournies par le premier employeur de l'assuré, le montant de CHF 64'700.- devait aussi être confirmé. Enfin, le montant de CHF 70'700.- ne correspondait pas au salaire réalisé pendant l'année précédant l'accident, mais était le gain que l'assuré aurait reçu en 2015 s'il avait continué à exercer son activité habituelle. [endif]>[if> 26. Par acte du 10 mars 2016, l'assuré, par son conseil, a interjeté recours contre cette décision, concluant, sous suite de dépens, à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité de 17 %. [endif]>[if> Il a contesté le salaire annuel avec invalidité, et notamment la référence au salaire moyen des DPT. Il convenait de se fonder sur le salaire minimum tiré des DPT, soit CHF 58'456.-, lequel, comparé au salaire sans invalidité de CHF 70'700.-, entraînait une perte de gain de 17 %. L'assuré a en outre allégué qu'en raison de la dégradation de son état de santé en lien avec son genou, il était en incapacité de travail à 50 % depuis le 1 er février 2016. 27. Le 17 mars 2016, l'assuré a transmis à la Suva un certificat du 29 janvier 2016 du Dr B\_\_\_\_\_, selon lequel son état de santé nécessitait qu'il travaille à 50 % à partir du 1 er février 2016. [endif]>[if> 28. Le 7 avril 2016, l'assuré a exposé à la Suva que sa capacité de travail était désormais de 50 %, de sorte que sa rente devait être adaptée. [endif]>[if> 29. Dans un rapport du 22 avril 2016, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état du genou de l'assuré était stabilisé. Il présentait une douleur du tibia et une amyotrophie très importante. Il était inscrit au chômage à 50 % et souhaitait dorénavant travailler à 50 %. [endif]>[if> 30. Dans un certificat du 26 avril 2016, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré ne pouvait plus travailler en tant que chauffeur de poids lourds. Il serait souhaitable qu'il puisse travailler à temps partiel dans un poste sans port de charges ni marches prolongées. [endif]>[if> 31. Par décision du 16 juin 2016, l'OAI a nié le droit aux prestations de l'assuré. [endif]>[if> 32. Une IRM du genou droit de l'assuré du 20 septembre 2016 a révélé un status post-plastie du ligament croisé antérieur et résection d'un syndrome du cyclope sans complication, et un status

post-ménisectomie partielle étendue avec une mauvaise délimitation de la corne postérieure du ménisque résiduel et une ulcération cartilagineuse de la portion médiale du condyle fémoral interne, sans remodelage osseux sous-chondral objectivable. !endif]>![if> 33. Le Dr B \_\_\_\_\_ a établi un nouveau certificat en date du 22 septembre 2016, aux termes duquel l'assuré devait travailler à 50 % dans un poste avec port de charges occasionnel limité à 10 kg, sans marches prolongées et sans montées et descentes d'escaliers répétées. !endif]>![if> 34. Dans un avis du 8 novembre 2016, le Dr C \_\_\_\_\_ a qualifié de probable le lien de causalité entre l'accident de juin 2011 et l'incapacité de travail attestée dès le 1 er février 2016. L'IRM de septembre 2016 ne mentionnait pas d'aggravation susceptible de modifier l'exigibilité qu'il avait définie en décembre 2014. !endif]>![if> 35. Par arrêt du 7 février 2017 ( ATAS/83/2017 ), la chambre de céans a partiellement admis le recours de l'assuré. Elle lui a octroyé une rente d'invalidité de 15 % dès le 1 er mai 2015, et a renvoyé la cause à la Suva pour instruction complémentaire et nouvelle décision. !endif]>![if> Elle a relevé que l'assuré ne niait pas qu'il disposait au 1 er mai 2015 d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. S'agissant du degré d'invalidité, il contestait uniquement le revenu avec invalidité fixé en fonction des DPT. Or, deux des DPT ne respectaient pas totalement les limitations fonctionnelles retenues par le Dr C \_\_\_\_\_, puisqu'ils impliquaient le port de charges jusqu'à 30 minutes par jour et que l'un d'eux exigeait la montée et la descente de marches. Il convenait dès lors de s'écarter des DPT et de fixer le revenu d'invalidité selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2014, en référence au revenu tiré d'activités simples et répétitives pour un homme pour un niveau de qualification 1 (TA1\_tirage\_skill\_level), soit CHF 63'744.- par an, et CHF 66'652.48 une fois adapté à la durée normale de travail et indexé à 2015. Il convenait d'appliquer un abattement de 10 % sur ce revenu, eu égard au fait que seule une activité légère était accessible à l'assuré. Le revenu d'invalidité se montait ainsi à CHF 59'987.23. Il en résultait un taux d'invalidité de 15 %, si bien que l'assuré avait droit à une rente correspondante dès le 1 er mai 2015. La dégradation liée à l'incapacité de travail de 50 % avait été attestée à compter du 1 er février 2016, soit avant que ne soit rendue la décision dont était recours. La Suva ne s'était toutefois pas prononcée sur une éventuelle rechute ou une diminution de la capacité de travail de l'assuré dès cette date. Il lui appartenait ainsi d'instruire ces éléments et de rendre une nouvelle décision sur ces points. 36. Une IRM du genou droit de l'assuré du 22 mai 2017 a mis en évidence un status post-plastie du ligament croisé antérieur, qui apparaissait intact, une gonarthrose fémoro-tibiale prédominant en interne, et un aspect tronqué étendu du ménisque interne avec suspicion de fragment luxé en bec de perroquet vers l'échancrure latéralement. !endif]>![if> 37. Dans un avis du 20 juin 2017, le Dr C \_\_\_\_\_ s'est déterminé sur une demande de prise en charge d'une arthroscopie émanant du Dr B \_\_\_\_\_, retenant qu'elle était en probable lien de causalité avec l'accident, de sorte que la Suva devait prester. !endif]>![if> 38. Le 18 juillet 2017, le Dr C \_\_\_\_\_ a confirmé la survenance d'une rechute le 1 er février 2016. !endif]>![if> 39. Dans son appréciation du 20 septembre 2017, le Dr C \_\_\_\_\_ a retenu que la dernière IRM en 2017 confirmait une gonarthrose fémoro-tibiale interne, alors que celle de septembre 2016 ne montrait que des zones d'ulcération cartilagineuse du condyle fémoral interne, sans lésion arthrosique. Il y avait donc une aggravation de l'état antérieur. !endif]>![if> 40. Par courrier du 21 septembre 2017 à l'assuré, la Suva a exposé que la gonarthrose fémoro-tibiale qui devait être prochainement opérée était une aggravation apparue à l'IRM de mai 2017. La rechute devait être enregistrée à la date de l'intervention et le revenu déterminant était celui perçu

juste avant la rechute. 41. Le 26 septembre 2017, le Dr B\_\_\_\_\_ a pratiqué une résection partielle du ménisque interne et de fibres du ligament croisé antérieur du genou droit de l'assuré. Il a établi un arrêt de travail complet du 26 septembre 2017 au 7 janvier 2018. Dès le 8 janvier 2018, la capacité de travail de l'assuré était à nouveau de 50 %. 42. Un rapport d'IRM, réalisée en Pologne le 20 octobre 2017, a été traduit comme suit : Augmentation du volume de liquide dans toute la cavité articulaire, dans le thrombus supragingival, largeur maximale 15 mm dans le compartiment latéral. Caractéristiques de gonarthrose, lésions simples du cartilage articulaire avec amincissement segmentaire en ce qui concerne MFC et MTC II/III. Lésions linéaires, clairsemées, lésions inter-ménisque plus accentuées dans le coin du côté gauche postérieur du ménisque. Coin postérieur du ménisque étroit, épinglé, avec déplacement central, sans caractéristiques de la création d'un fragment libre. Condition après la reconstruction ACL - un transplant avec une structure hétérogène, avec un signal partiellement élevé dans le segment tibial, à la continuité conservée, correctement positionné avec la ligne Blumensaat, à l'avant de la sortie du canal tibial et dans la proximité du canal tibial sont visibles de nombreuses structures kystiques polymorphes, max, 12x9mm et de menues bandes avec signal intermédiaire — synovial ? Fibreux ? PCL incliné en crochet, épaissi, par segments un signal accru dans la région de l'attache fémorale, avec une continuité maintenue. LCL épaissi, avec un signal accru autour de l'attache fémorale, avec une continuité maintenue. MCL par segments avec un signal légèrement élevé dans la région de l'attache fémorale, à la continuité maintenue. Le ligament du muscle poplité semble bien conservé. Le ligament du muscle bicipital et la bande fémoral tibial sont bien conservés. Le ligament du muscle quadricipital avec un signal pubescent un peu élevé, sinon correct. Le ligament propre du ménisque épaissi, caractéristiques de distension, avec un signal du segment tibial accru. La rotule soutenue latéralement, cartilage articulaire médian aminci, avec bande abîmée avec réaction dans la partie III/IV. Ligaments latéral et médial de la rotule avec signal accru hétérogène par segments, caractéristiques de dégâts essentiellement du ligament médian, ligament latéral à la continuité conservée, Masse adipeuse partiellement hétérogène. Par ailleurs, la structure de la fosse poplitée dans le MR est inchangée. 43. Dans un certificat du 19 décembre 2017, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré devait éviter le port de charges, la montée et la descente des escaliers, les positions accroupie et à genoux et la marche prolongée. 44. Par arrêt du 6 février 2018 ( 8C\_199/2017 ), le Tribunal fédéral a rejeté le recours interjeté par la Suva contre l'arrêt de la chambre de céans. 45. Par courriel du 2 mars 2018 à la Suva, l'assuré a rappelé sa rechute de septembre 2017, ayant nécessité une intervention chirurgicale et ayant entraîné une incapacité de travail complète du 26 septembre 2017 au 8 janvier 2018. Sa capacité de travail était à nouveau de 50 % dès le 8 janvier 2018. La Suva devait ainsi revoir le droit à la rente. 46. Dans un rapport du 20 avril 2018, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué ne pas avoir procédé à de nouvelles investigations. L'assuré avait été adressé à la Consultation de la douleur des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG). Hormis cette mesure, aucun autre traitement n'était envisagé. L'état était stable. 47. Dans une appréciation du 24 avril 2018, le Dr C\_\_\_\_\_ a estimé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 15 %, conformément au taux applicable à une arthrose fémoro-tibiale sur les compartiments externe et interne à un stade débutant selon la table d'indemnisation n° 5 de la Suva. 48. Dans un rapport rendu à la même date, le Dr C\_\_\_\_\_ a rappelé l'exigibilité retenue en décembre 2014 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles alors décrites, laquelle restait valable. On pouvait tout au plus ajouter que

l'assuré ne pouvait pas travailler en position agenouillée ni monter sur une échelle ou sur un toit. ]>[if> 49. Par courriel du 19 octobre 2018, le premier employeur a indiqué à la Suva que l'assuré aurait perçu les revenus suivants à son service : en 2016 et 2017, 12 mensualités de CHF 5'250.- plus CHF 2'000.- par an plus un treizième salaire ; en 2018, 12 mensualités de CHF 5'400.- plus CHF 2'000.- par an, plus un treizième salaire ( sic ). ]>[if> 50. Le 4 août 2018, l'assuré a subi une IRM du genou en Pologne. Les résultats de cet examen ont été traduits comme suit : ]>[if> Vaste quantité de liquide dans la cavité articulaire. Ménisque central visible fragmentairement — état après une ménisectomie partielle. Lésions du cartilage articulaire de III / IV grade MFC. Ménisque latéral conservé correctement. Kystes dégénératifs dans la région de l'inter-corps du fémur. Etat après reconstruction du LIGAMENT CROISÉ ANTÉRIEUR, transplantation avec signal accru et structure hétérogène, avec continuité. PCL accroché, avec continuité. MCL et LCL se sont bien conservés sans changements post-traumatiques. Tendon du muscle quadriceps et ligament du tendon rotulien avec signaux corrects. Tendon du muscle biceps, séquence tibio-iliaque de continuité préservée. Rotule structure symétrique, supportée latéralement. Cartilage articulaire sur la surface médiale est aminci avec des lésions de degré III, IV et une réaction sous-chondrale. Tendon rotulien à structure et signal homogène. Le corps gras est homogène. Fosse poplitée sans lésions focales. Serrage du bord des surfaces articulaires du fémur, du tibia et de la rotule. 51. Les médecins de la Consultation de la douleur des HUG ont examiné l'assuré le 7 mai 2018. Ils ont retenu le diagnostic de gonarthrose droite après rupture du ligament croisé antérieur et lésion méniscale. L'assuré présentait les comorbidités suivantes : rupture du ligament croisé antérieur et lésion du ménisque interne droit multiopérées depuis 2011, traumatisme du pied droit avec arrachement du 3 ème cunéiforme et entorse de l'arrière-pied, cervicalgies paravertébrales droites avec irritation en C4 droite sur conflit radiculaire foraminaux dégénératif et discogène, et hypoesthésie du dos du pied droit d'origine périphérique. L'assuré se plaignait de douleurs chroniques du genou droit d'allure mécanique, avec parfois des douleurs nocturnes et un dérouillage matinal. Il y avait toujours un fond douloureux avec des douleurs mécaniques vives, une sensation d'écartement dans le genou et parfois des craquements désagréables. L'assuré ne prenait plus d'antalgiques sur le conseil de son médecin. Il appliquait de la glace en cas de douleur. Lorsque son genou était fléchi à 90°, il notait un engourdissement du mollet allant jusqu'à la face plantaire des orteils. Il souffrait quotidiennement de ses gonalgies et devait restreindre ses activités quotidiennes : il avait dû renoncer à se promener avec sa famille et à pratiquer du sport, en particulier la natation, à cause des cervicalgies. L'assuré recherchant un second avis orthopédique et non une prise en charge de la douleur, les médecins lui ont proposé une consultation auprès d'un chirurgien orthopédiste des HUG. ]>[if> 52. Des radiographies du genou droit réalisées le 16 novembre 2018 ont révélé un début de pincement fémoro-tibial interne sans franc ostéophyte ni remaniement de l'os sous-chondral et un épanchement intra-articulaire en quantité significative. ]>[if> 53. Le Dr C\_\_\_\_\_ a réexaminé l'assuré le 19 novembre 2018. Ce dernier se plaignait de douleurs du rachis cervical. Une infiltration avait été réalisée en octobre 2015. Au niveau du genou droit, il se plaignait d'une douleur permanente avec une souffrance devenant insupportable lorsqu'il marchait. Il se disait incapable de marcher une quinzaine de minutes. Il existait des épisodes de réveil nocturne et l'assuré évoquait un dérouillage matinal. Il ne prenait plus de traitement antalgique et appliquait uniquement de la glace lorsqu'il avait mal. Le rôle d'un kyste poplité était évoqué dans des engourdissements du mollet. Il ne souhaitait plus de

traitement médicamenteux et était à la recherche d'une solution chirurgicale. Après la station assise prolongée, il ressentait des fourmillements au niveau du pied droit. Il travaillait comme nettoyeur à 20 %. S'agissant du genou droit, le médecin d'arrondissement a retenu que le bilan radiologique n'expliquait pas l'ensemble des signes douloureux rapportés pas l'assuré. On ne retenait que quelques stigmates post-ligamentoplastie. L'examen clinique, difficile à réaliser, ne permettait pas non plus d'expliquer les douleurs intenses rapportées. L'arthroplastie avec mise en place d'une prothèse évoquée par l'assuré n'aurait pas de sens à ce stade et n'apporterait aucune amélioration. L'examen révélait des douleurs identiques par rapport à l'examen de 2014, la flexion étant légèrement diminuée, mais avec une limitation probablement partiellement volontaire par crainte des douleurs. Il n'y avait pas de modification des conclusions par rapport à l'examen de 2014. L'exigibilité définie à l'époque, admettant l'exercice à plein temps d'une activité en position assise ou debout au gré de l'assuré, avec un port de charges limitées à 5 kg, sans déplacement dans des escaliers et sans devoir monter sur une échelle, restait valable. 54. Par décision du 22 janvier 2019, la Suva a retenu que l'assuré était malgré les séquelles de l'accident capable d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie, à condition qu'il ne doive pas porter de charges de plus de 5 kg et qu'il puisse travailler en position alternée assise ou debout. Une telle activité était exigible à temps plein. Le degré d'invalidité était de 15 % et correspondait à la rente allouée depuis le 1 er mai 2015. Les conditions d'une augmentation de la rente n'étaient ainsi pas réunies. L'assuré avait en outre droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %, soit un montant de CHF 18'900.-. Dans le calcul de la rente joint, la Suva a fixé le revenu sans invalidité à CHF 73'100.-. Le revenu avec invalidité, fondé sur l'ESS 2016 indexé à 2018, s'élevait à CHF 67'046.-, et CHF 60'665.37 après abattement de 10 %. La perte de gain s'élevait ainsi à 17 %. 55. Le 18 février 2019, l'assuré s'est opposé à cette décision en tant qu'elle portait sur son degré d'invalidité dès le 1 er février 2016. Il a soutenu qu'au vu de sa capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée dès cette date, la rente aurait dû être augmentée. 56. Par écriture du 12 avril 2019, l'assuré s'est déterminé sur la dernière appréciation du Dr C\_\_\_\_\_. Il a affirmé que ses conclusions ne reflétaient pas son quotidien et divergeaient de celle du Dr B\_\_\_\_\_. Il a répété qu'il présentait une capacité de travail de 50 % depuis le 1 er février 2016, et ce même dans une activité adaptée. Selon le Dr B\_\_\_\_\_, son état de santé s'était dégradé et n'était pas du tout stable. Contrairement à ce que retenait le Dr C\_\_\_\_\_, les douleurs actuelles étaient nettement plus importantes qu'en 2014. Le médecin d'arrondissement admettait du reste un grand ensemble de signes douloureux et une crainte des douleurs. Partant, il était difficile de comprendre comment il avait pu conclure que l'état de santé actuel de l'assuré ne l'empêchait pas d'exercer une activité à 100 %, sans baisse de rendement. L'assuré maintenait ainsi son opposition. Il a ajouté que l'abattement de 10 % retenu par la Suva n'était pas suffisant au vu de ses limitations fonctionnelles, et qu'un abattement de 25 % au moins aurait dû être retenu. En outre, le calcul d'invalidité de la Suva retenait un taux d'invalidité de 17 %, et non de 15 % comme mentionné dans la décision querellée. 57. Les radiographies du genou droit de l'assuré du 8 mai 2019 ont mis en évidence une gonarthrose fémoro-tibiale ne se majorant pas en schuss et un status après plastie du ligament croisé antérieur. 58. Invité à transmettre les derniers rapports du Dr B\_\_\_\_\_ à la Suva, l'assuré lui a répondu par courriel du 15 mai 2019 qu'il devait bientôt revoir ce médecin et lui fournirait ensuite ses rapports. 59. Dans un courrier du 17 mai 2019, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie

orthopédique, a invité les spécialistes du genou des HUG à prendre en charge l'assuré en vue d'une arthroplastie totale du genou droit, car celui-ci était très gêné et que toutes les possibilités de traitement conservateur avaient été épuisées.![endif]>![if> 60. Le 5 juin 2019, le Dr C \_\_\_\_\_ a indiqué que l'exigibilité devrait être revue après l'arthroplastie préconisée par le Dr D \_\_\_\_\_, précisant que cette mesure était médicalement indiquée et en lien de causalité au moins probable avec l'accident.![endif]>![if> 61. L'assuré a consulté le docteur E \_\_\_\_\_, médecin au Service de chirurgie orthopédique des HUG, le 11 juin 2019. Dans son rapport établi le 26 août suivant, ce dernier a retenu qu'au vu de l'ensemble des images, il n'était pas possible de réaliser une ostéotomie tibiale de valgisation et qu'une plastie du ligament croisé antérieur unique ne permettrait pas de corriger les douleurs du compartiment fémoro-tibial interne, d'autant plus que l'on trouvait déjà une cupulisation postéro-interne. Il avait longuement discuté avec l'assuré des options thérapeutiques. Comme les infiltrations n'avaient pas amélioré la situation, une intervention chirurgicale était discutée. Selon le Dr E \_\_\_\_\_, la mise en place d'une prothèse totale du genou à cet âge était excessive au vu du compartiment fémoro-tibial externe intact. Il préconisait plutôt une opération de type prothèse uni-compartementale du genou avec une plastie de révision du ligament croisé antérieur. Des douleurs persistantes étaient malheureusement très probables, au vu du jeune âge et des atteintes fonctionnelles sportives importantes de l'assuré, ce qui serait aussi le cas après une prothèse totale de genou.![endif]>![if> 62. L'assuré a revu le docteur F \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, le 15 juin 2019. Ce dernier a posé le diagnostic de cervicalgies chroniques s'exacerbant sans irradiation avec apparition d'une discopathie inflammatoire aigue C6-C7, et les diagnostics secondaires de status après plusieurs interventions du genou droit, de cervicalgies chroniques, d'entorse cervicale le 30 juin 2011, de dysfonction costale avec thoracique latéralisée à droite, de lombalgies communes discrètes, et de discopathies thoraco-lombaires et lombo-sacrées. Il a précisé qu'il avait vu l'assuré pour la dernière fois en octobre 2015, dans le cadre d'un engourdissement du dos du pied du côté droit, sans douleurs radiculaires, sans lombalgies significatives, sans syndrome déficitaire, avec une IRM lombaire rassurante, sans conflits. Il y avait également des cervicalgies chroniques. L'assuré décrivait depuis une évolution en dents de scie, avec un arrêt de tous les médicaments en septembre 2018 en raison de troubles digestifs. Depuis le début de l'année, l'intensité des douleurs s'aggravait avec des céphalées latéralisées à droite, une sensation de lourdeur dans les deux épaules mais sans irradiation dans les membres supérieurs. Il n'y avait pas de perte de force mais des paresthésies dans les deux mains. Les symptômes provoquaient des réveils nocturnes et se manifestaient la journée sur un mode mécanique. L'assuré parvenait à poursuivre une activité professionnelle à temps partiel dans le nettoyage d'une banque. Une IRM cervicale du 20 avril 2019 avait révélé la persistance d'une discopathie C3-C4 avec conflit foraminal droite, superposable à celui observé en 2015, sans signal inflammatoire aigu, et une discopathie inflammatoire aigue C6-C7 non conflictuelle. L'exacerbation douloureuse pouvait être mise sur le compte du sevrage médicamenteux récent et de l'apparition de la discopathie C6-C7. Le Dr F \_\_\_\_\_ a proposé de nouvelles infiltrations dans un premier temps.![endif]>![if> 63. Un scanner du genou gauche du 5 juin 2019 a révélé l'absence de signe de ballonnisation des tunnels fémoraux et tibiaux, l'orientation horizontalisée des tunnels tibiaux par rapport à la ligne de Blumensaat et un petit élément métallique millimétrique résiduel en regard de la facette interne de la trochlée. ![endif]>![if> 64. Le 18 juin 2019, l'assuré a annoncé une rechute survenue le 9 mai 2019 à la Suva. ![endif]>![if> 65. L'assuré a une nouvelle fois consulté les médecins du Service de

chirurgie orthopédique des HUG le 9 juillet 2019. Dans leur rapport du 16 juillet suivant, ils ont posé le diagnostic de gonarthrose droite débutante prédominant en fémoro-tibiale interne, de plastie du ligament croisé antérieur en 2011, de méniscectomie partielle interne en 2013 et d'arthroscopie avec toilette articulaire en 2014 et en 2017. L'assuré se plaignait de douleurs localisées. Il décrivait également des raideurs matinales et des craquements intermittents, mais pas de francs lâchages ni de blocages. Il déambulait avec une légère boiterie, probablement antalgique. Son périmètre de marche était actuellement illimité, mais avec des douleurs. Il travaillait comme nettoyeur à 50 % depuis environ 2016. A l'issue de l'examen, les médecins ont relevé que l'assuré souhaitait reprendre ses activités de la vie quotidienne et supprimer ses douleurs. Dans ce contexte, il souhaitait une prothèse totale de genou, car il avait discuté avec des patients en ayant bénéficié qui s'en disaient très satisfaits. Il avait déjà été vu par le Dr E\_\_\_\_\_, qui avait proposé une reprise du ligament croisé antérieur pour stabiliser le genou, mais il était réticent à une telle intervention par rapport à une chirurgie définitive. Les médecins ont indiqué avoir longuement discuté avec l'assuré des risques et bénéfices d'une chirurgie prothétique à son âge, qu'il comprenait bien. Il souhaitait malgré tout bénéficier d'une telle intervention, si bien qu'une date avait été fixée à cet effet. Un deuxième avis concernant une opération de reconstruction ligamentaire serait toutefois demandé auparavant au docteur G\_\_\_\_\_, médecin au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV).!endif]>!if> 66. Dès le 13 août 2019, le Dr D\_\_\_\_\_ a régulièrement rempli la feuille-accident concernant l'assuré et destinée à la Suva, indiquant un taux d'occupation de 23 % en tant que nettoyeur. !endif]>!if> 67. Le Dr G\_\_\_\_\_ a examiné l'assuré en date du 14 août 2019. Après avoir pris connaissance de son dossier médical, procédé à un examen clinique et à de nouvelles radiographies, ce spécialiste a relaté les lésions constatées. Il n'a pas retenu d'indication à une arthroplastie totale, en raison de la discordance entre l'importance des lésions chondrales identifiées et l'importance de la symptomatologie et des limitations fonctionnelles rapportées par l'assuré. On retenait une symptomatologie douloureuse pluri-articulaire. L'assuré mentionnait également des cervicalgies, des paresthésies des mains et de son pied droit et des dorsalgies. En outre, le Dr G\_\_\_\_\_ constatait une faible progression de l'atteinte arthrosique en comparant les IRM de 2016 à 2019. Elle était trop peu développée pour justifier une arthroplastie. Enfin, les attentes de l'assuré étaient peu réalistes. Celui-ci était convaincu que cette chirurgie lui apporterait une solution durable sans symptomatologie résiduelle. Il avait pourtant été informé du risque de persistance de douleurs, du risque important de révision précoce et de la durée limitée des arthroplasties totales de genou lors de sa consultation aux HUG. Le Dr G\_\_\_\_\_ proposait ainsi un traitement conservateur. Si une intervention chirurgicale devait être considérée, elle devrait probablement comporter une ablation de la plastie du ligament croisé antérieur dans un premier temps, avec évaluation de la symptomatologie douloureuse au terme de ce geste. Une reprise chirurgicale pourrait ensuite être effectuée dans un second temps pour une arthroplastie uni-compartmentale interne, associée à une reprise de plastie du ligament croisé antérieur. Avant de confirmer cette attitude, il faudrait réévaluer l'assuré. La chronicité du cas, le statut multi-opéré et la perception élevée du handicap restaient des facteurs défavorables à toute reprise chirurgicale. !endif]>!if> 68. L'assuré a vu le docteur H\_\_\_\_\_, médecin au Service de chirurgie orthopédique des HUG, le 16 août 2019. Ce médecin s'est dit très réticent à la mise en place d'une prothèse totale de genou, qui n'était pas la bonne option chirurgicale dans le cas de l'assuré. Il avait dès lors annulé l'intervention prévue le 22 août 2019. Il serait judicieux d'explorer les autres possibilités de traitement suggérées par le

Dr G \_\_\_\_\_. [endif]>[if> 69. Dans une détermination du 9 septembre 2019, le Dr C \_\_\_\_\_ a affirmé que la prothèse du genou avait finalement été posée en août 2019. En fonction de l'évolution de cette prothèse et après rééducation, un retour dans une activité respectant l'exigibilité apparaissait tout à fait envisageable. [endif]>[if> 70. Par décision du 11 septembre 2019, la Suva a écarté l'opposition de l'assuré. Elle a retenu que le Dr C \_\_\_\_\_ avait confirmé ses conclusions et précisé qu'au vu de l'arthrose relativement modérée, l'exigibilité établie en 2014 restait adaptée. Le fait que le Dr B \_\_\_\_\_ estime que l'assuré ne pouvait travailler qu'à 50 % ne résistait pas à l'appréciation du médecin d'arrondissement. En effet, ses certificats n'étaient guère motivés et il ne prétendait pas que l'état de santé de l'assuré se serait modifié depuis la fixation de la rente d'invalidité. L'abattement retenu sur le revenu d'invalidité de 10 %, correspondant à celui admis par la chambre de céans, ne prêtait pas flanc à la critique, la déduction maximale de 25 % ne pouvant être appliquée que si tous les critères étaient remplis. La comparaison en 2018 entre le revenu présumable sans invalidité de CHF 73'100.- et le revenu après invalidité d'au moins CHF 60'665.37 révélait une perte de gain de 17 %. En l'absence d'une aggravation notable de l'invalidité, c'était à juste titre que la Suva avait confirmé le taux de la rente déjà en cours. La Suva a ajouté qu'elle avait accepté de prendre en charge l'arthroplastie pratiquée le 22 août 2019 ( sic ). Dès lors que selon les pièces au dossier, l'assuré n'avait aucun revenu, les conditions pour verser des indemnités journalières n'étaient pas remplies. Lors du bouclement de la rechute, la Suva examinerait à nouveau le droit à la rente d'invalidité.[endif]>[if> 71. Le 15 octobre 2019, l'assuré a interjeté recours contre la décision de la Suva. Il a conclu, sous suite de dépens, préalablement à la mise en œuvre d'une expertise visant à établir sa capacité de travail dans une activité adaptée, et sur le fond, à l'annulation de la décision, à l'octroi d'une rente entière, et à ce que l'intimée soit condamnée à lui verser des indemnités journalières pour sa rechute. [endif]>[if> Il a notamment exposé qu'il travaillait comme nettoyeur deux heures par jour depuis mars 2018, et il a produit ses fiches de salaire. Il a affirmé que l'intervention prévue le 22 août 2019 avait été annulée en raison de la découverte d'une gonarthrose débutante par le Dr H \_\_\_\_\_. Il avait l'impression que les médecins préféraient le soumettre à un projet de recherche que de l'opérer. Il cherchait un médecin pouvant procéder à l'intervention prévue. Il a proposé son audition pour prouver ses allégations. Il a contesté disposer d'une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée. Le Dr B \_\_\_\_\_, dont il demandait également l'audition, attestait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée au vu des douleurs et limitations. Le recourant a contesté le rapport du Dr C \_\_\_\_\_ en tant qu'il niait toute modification par rapport à son examen de 2014. Le Dr B \_\_\_\_\_ considérait que sa situation n'était pas du tout stable. Ses douleurs étaient nettement plus importantes qu'en 2014. Les médecins s'accordaient à retenir que l'arthrose avait atteint un stade avancé, imposant la pose d'une prothèse complète du genou, et l'intimée s'y était dite favorable. Le médecin-conseil de l'intimée ne pouvait à la fois se déclarer favorable à la pose d'une prothèse et admettre une pleine capacité de travail. Face aux contradictions entre les avis des Drs B \_\_\_\_\_ et C \_\_\_\_\_, une expertise devait être ordonnée. Au sujet de la rente, le recourant est revenu sur le salaire d'invalidité, affirmant que le salaire moyen des DPT ne pouvait pas être retenu en l'espèce, et qu'il convenait d'inviter l'intimée à produire les DPT. De plus, sa rente aurait dû être calculée sur la base d'un gain d'invalidité réalisé à 50 %. Le recourant s'en est également pris à l'abattement de 10 %, alléguant qu'une déduction de 25 % devait être admise. En outre, son degré d'invalidité était de 17 % et non 15 %. S'agissant du versement des indemnités journalières, l'intimée savait qu'il travaillait à un taux de 23

%, puisqu'elle avait reçu sa feuille-accident. Il convenait dès lors de lui accorder des indemnités journalières. 72. Dans sa réponse du 2 décembre 2019, l'intimée a conclu, sous suite de dépens, au rejet du recours. Elle a souligné que le Dr C\_\_\_\_\_ avait retenu en novembre 2018 que les bilans radiologiques n'expliquaient pas l'ensemble des signes douloureux du recourant. Les douleurs étaient identiques par rapport à l'examen de 2014. Selon ce médecin, il n'y avait pas de modification des limitations fonctionnelles. L'avis du Dr B\_\_\_\_\_ ne permettait pas de s'écarter des conclusions claires et bien étayées du Dr C\_\_\_\_\_, fondées sur une analyse approfondie du dossier et sur un examen clinique complet. Par ailleurs, il était inexact que les médecins s'accordaient sur l'indication d'une prothèse complète du genou, les Drs G\_\_\_\_\_, H\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ s'étant prononcés en défaveur d'une telle opération. Les deux premiers ne contestaient pas l'appréciation du Dr C\_\_\_\_\_ s'agissant de la capacité de travail du recourant. Dans ces conditions, les conclusions de ce médecin n'étaient pas critiquables. 73. S'agissant du calcul du revenu d'invalidé et des griefs liés aux DPT, l'intimée a rappelé que le revenu d'invalidé était fondé sur les statistiques de l'ESS. Quant à la question de l'abattement, il n'y avait pas de raison de s'écarter du taux de 10 % appliqué, qui correspondait à celui retenu par la chambre de céans. En l'absence d'aggravation des limitations fonctionnelles du recourant, il n'y avait pas lieu de revoir ce taux à la hausse. Le revenu d'invalidé se montait à CHF 60'665.37 par an. Comparé au revenu sans invalidité de CHF 73'100.-, non contesté par le recourant, il en résultait une perte de 17 %. En l'absence d'une aggravation notable de l'invalidité, c'était à juste titre que l'intimée avait confirmé le taux de la rente d'invalidité en cours. Quant au versement d'indemnités journalières, le recourant n'y avait pas droit dès lors qu'une rente lui était versée. L'intimée a précisé qu'elle était opposée à la mise en œuvre d'une expertise, le volet médical ayant été instruit à satisfaction de droit. 74. Par réplique du 7 février 2020, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il avait requis l'audition du Dr B\_\_\_\_\_ afin que ce médecin puisse apporter toutes les explications utiles au sujet de son état de santé, et il maintenait cette requête. Il a affirmé que l'arthrose avait bien atteint un stade avancé, et l'intimée avait donné son accord à une pose de prothèse, ce qu'une expertise pourrait confirmer. Le recourant a concédé que c'était par erreur qu'il avait évoqué les DPT. Il contestait toutefois être en mesure de réaliser le salaire statistique tiré des ESS, compte tenu de sa formation. Un abattement maximal devrait être appliqué. 75. Par écriture du 2 mars 2020, le recourant a exposé qu'il subirait une pose de prothèse totale du genou au cours du mois. Il a souligné que le Dr C\_\_\_\_\_ avait admis la prise en charge de cette intervention. 76. Par duplique du 10 mars 2020, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Elle a soutenu que l'audition du Dr B\_\_\_\_\_ n'était pas justifiée, ce médecin ayant en outre eu tout loisir de se déterminer par écrit. Le grief selon lequel le recourant ne serait pas en mesure de réaliser le salaire retenu sur la base des ESS en raison de sa formation était mal fondé, le niveau de compétence 1 correspondant à des tâches physiques ou manuelles simples. Quant à l'intervention programmée en mars 2020, elle était postérieure à la décision litigieuse. 77. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture au recourant pour information et lui a imparti un délai au 29 mai 2020 pour le dépôt d'éventuelles observations. 78. À l'expiration de ce délai, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales,

du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA). 3. Le litige porte sur le point de savoir si le degré d'invalidité du recourant s'est modifié depuis le 1<sup>er</sup> février 2016, soit sur l'existence d'une rechute ou d'une aggravation de son état de santé dès cette date. 4. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA). La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte la santé. Il faut que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents, eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 3.1). 5. Les prestations que l'assureur-accidents doit cas échéant prendre en charge comprennent le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). 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 (al. 2). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGA), à 80 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence. Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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). A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par « une sensible amélioration de l'état de l'assuré ». Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1 a et 4 LAA), ce

critère se déterminera notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme « sensible » par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minimale que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2). 6. Aux termes de l'art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202), les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives; les bénéficiaires de rentes d'invalidité doivent toutefois remplir les conditions posées à l'art. 21 LAA. On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_1023/2008 du 1<sup>er</sup> décembre 2009 consid. 5.3). En vertu de l'art. 21 al. 3 LAA, en cas de rechute ou de séquelle tardive d'un accident, le bénéficiaire d'une rente d'invalidité peut prétendre, outre la rente, les prestations pour soins et remboursements de frais (art. 10 à 13); si le gain de l'intéressé diminue pendant cette période, celui-ci a droit à une indemnité journalière dont le montant est calculé sur la base du dernier gain réalisé avant le nouveau traitement médical. En outre, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_880/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.2 et 2.3). L'obligation de prêter en cas de rechute ou de séquelles tardives chez un assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité se détermine ainsi conformément à l'art. 21 al. 1 LAA, tandis que l'assuré dont le cas a été bouclé sans suites peut prétendre aux prestations en vertu de l'art. 11 OLAA (André NABOLD in Basler Kommentar zum UVG, 2019, n. 15 ad art. 21 LAA). 7. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment où la dernière décision après un examen matériel des conditions du droit à la rente a été rendue et les circonstances au moment de la décision de révision (ATF 134 V 131 consid. 3). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_162/2016 du 2 mars 2017 consid. 3.1). Toute modification dans les faits ne suffit pas pour une révision du droit à la rente. Un diagnostic nouveau ou qui au contraire n'existe plus, n'est donc pas en soi un motif de révision, puisque l'élément quantitatif de l'amélioration ou de la détérioration important de l'état de santé n'est pas nécessairement donné (ATF 141 V 9 consid. 5.2). 8. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis

ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2).

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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). La jurisprudence a posé le principe que le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. L'existence d'un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, doit conduire le tribunal à demander des éclaircissements. Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2 et les références). En cas de doute, il convient d'ordonner une expertise par un médecin externe à l'assurance si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (ATF 135 V 465 consid. 4). 9.

En l'espèce, dans son arrêt du 7 février 2017, la chambre de céans a tranché le degré d'invalidité du recourant pour la période du 1<sup>er</sup> mai 2015 au 31 janvier 2016. Elle l'a fixé à 15 %, en se fondant sur une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles établies par le Dr C\_\_\_\_\_. Le recours interjeté au Tribunal fédéral ayant été rejeté, cet arrêt est devenu définitif, de sorte qu'il n'y a pas lieu de revenir sur ce point.

La chambre de céans a cependant renvoyé la cause à l'intimée, à charge pour cette dernière de déterminer si une aggravation ou une rechute s'était produite dès le 1<sup>er</sup> février 2016, date à partir de laquelle le Dr B\_\_\_\_\_ a attesté une capacité de travail de 50 %. L'intimée a nié la survenance d'une telle aggravation, se fondant notamment sur les appréciations du Dr C\_\_\_\_\_. Il est vrai que le Dr B\_\_\_\_\_ n'a pas exposé les motifs dictant une telle diminution du taux d'occupation du recourant dès le 1<sup>er</sup> février 2016, et la mention dans son rapport d'avril 2016 du souhait de ce dernier de travailler désormais à mi-temps ne plaide a priori pas en faveur de raisons médicales strictes. Les rapports du Dr B\_\_\_\_\_ versés au dossier sont en outre par trop succincts pour conclure au degré de la vraisemblance prépondérante à une aggravation de l'état de santé dès février 2016. Toutefois, l'intimée ne l'a jamais invité à motiver la diminution du temps de travail attestée. De plus, le Dr C\_\_\_\_\_ s'est contenté de reprendre l'exigibilité qu'il avait définie en 2014, sans chercher à connaître les motifs de l'incapacité de travail partielle désormais attestée par le médecin traitant du recourant, et par conséquent sans discuter la pertinence de l'avis du Dr B\_\_\_\_\_ ni exposer de manière motivée pour quelles raisons il s'en écartait. Dans ces circonstances, les divergences d'appréciation entre ces deux médecins suffisent à susciter des doutes suffisants sur la force probante des conclusions du Dr C\_\_\_\_\_, compte tenu de sa fonction de médecin d'arrondissement de l'intimée. On

soulinera en outre que les rapports du Dr C\_\_\_\_\_ ne sont pas dénués de contradictions. En effet, il admettait en novembre 2016 un lien probable entre l'accident et l'incapacité de travail de 50 % dès le 1<sup>er</sup> février 2016 – ce qui suppose a priori que cette incapacité a une cause médicale – tout en soutenant qu'une activité adaptée restait exigible à plein temps. Le médecin d'arrondissement a une nouvelle fois confirmé une aggravation dès le 1<sup>er</sup> février 2016 dans son avis du 18 juillet 2017. Il a ensuite exposé que la gonarthrose apparue en septembre 2017 démontrait elle aussi une aggravation. On peine ainsi à comprendre comment ce médecin a pu exclure toute aggravation dans son appréciation de novembre 2018. Le rapport établi à cette date n'est guère convaincant, en tant qu'il affirme que les douleurs n'ont pas évolué depuis le dernier examen complet de 2014, alors que le recourant présente désormais une flexion diminuée que le Dr C\_\_\_\_\_ impute précisément à la crainte des douleurs, et que des limitations fonctionnelles se sont également ajoutées depuis, soit l'impossibilité de monter sur des toits ou sur une échelle et de travailler agenouillé. C'est ici également le lieu de souligner que la manière de procéder de l'intimée n'est pas exempte de reproches. En premier lieu, l'intimée n'a pas tranché l'incidence sur le droit aux prestations de l'arthroscopie pratiquée en septembre 2017, qui a entraîné une incapacité de travail totale jusqu'au 7 janvier 2018. En outre, elle semble être partie de la prémisse – erronée – que l'arthroplastie totale du genou initialement programmée le 22 août 2019 a bien eu lieu. Or, si tel était le cas, l'intimée aurait dû statuer sur l'incidence de cette intervention dans la décision du 11 septembre 2019, dès lors que la décision sur opposition de l'organe de l'assurance sociale fixe la limite temporelle de l'état de fait déterminant (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_777/2013 du 13 février 2014 consid. 5.2.2), et non annoncer un réexamen « lors du bouclage de la rechute ». En outre, dans l'hypothèse d'une nouvelle intervention, l'intimée aurait dû se prononcer sur le droit du recourant à des indemnités journalières en vertu de l'art. 21 al. 3 LAA, puisqu'elle devait savoir à cette époque que celui-ci avait repris une activité lucrative à temps partiel – cette information ressortant non seulement de la feuille d'accident, mais également des renseignements recueillis par le Dr C\_\_\_\_\_ en novembre 2018. Dès lors que le recourant a été opéré une nouvelle fois en septembre 2017 et qu'il aurait apparemment subi une pose de prothèse totale du genou après l'introduction de la procédure judiciaire, l'intimée doit examiner son droit aux prestations à la suite de ces événements. Il est ainsi opportun que ce soit elle qui instruisse la capacité de gain médico-théorique et l'évolution du degré d'invalidité du 1<sup>er</sup> février 2016 jusqu'à la stabilisation de l'état après la pose de prothèse, en mettant en œuvre une expertise par un spécialiste en chirurgie orthopédique. La désignation de l'expert et la définition de sa mission devra se faire dans le respect des exigences jurisprudentielles en matière de droit d'être entendu (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9). L'intimée devra ensuite rendre une nouvelle décision sur la base des conclusions de dite expertise. Au vu du sort du litige, l'audition du recourant et du Dr B\_\_\_\_\_ s'avère superflue à ce stade, et la chambre de céans y renoncera. 10. Le recours est partiellement admis. Le recourant a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPG). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG). 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.