

GE_GERICHTE A/4391/2018 vom 1. Oktober 2019

GE Cour de justice, 2019-10-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4391_2018

FR: GE_GERICHTE A/4391/2018 du 1 octobre 2019

IT: GE_GERICHTE A/4391/2018 del 1 ottobre 2019

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à MEYRIN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-DORET recourant contre SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1968, au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité de maçon, a travaillé pour la société anonyme B_____ (ci-après : l'employeur) dès 1997. À ce titre, il était assuré contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la Suva ou l'intimée). 2. L'assuré a subi un accident le 4 juillet 2007. Il s'est tordu la cheville alors qu'il travaillait sur un chantier, ce qui a entraîné une incapacité de travail jusqu'au 24 juillet 2007. 3. À la suite d'une rechute le 29 octobre 2007, l'assuré a consulté le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 17 janvier 2008, ce spécialiste a constaté une instabilité et une déchirure ligamentaire externe de la cheville gauche et a proposé une plastie ligamentaire, qu'il a réalisée le 26 février 2008. Il a attesté une capacité de travail nulle jusqu'au 8 juin 2008, puis de 50 % du 9 au 22 juin 2008. 4. Le 3 novembre 2014, l'employeur a annoncé à la Suva une rechute survenue le 13 octobre 2014. 5. Dans un rapport du 19 novembre 2014, la doctoresse D_____, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué avoir examiné l'assuré le 13 octobre 2014 en raison d'une exacerbation de douleurs à la cheville gauche. Elle a diagnostiqué un status post-plastie ligamentaire en 2007, une lésion ostéochondrale, un épanchement intra-articulaire et une synovite. L'incapacité de travail était totale depuis le 14 octobre 2014. Elle a joint un rapport d'IRM de la cheville gauche du 10 novembre 2014, mettant en évidence une lésion ostéochondrale du dôme du talus alimentant une volumineuse lésion kystique du corps et d'une partie du col du talus, accompagnée de discrets signes d'arthrose focale talo-crurale en regard de la lésion ostéochondrale, une atteinte dégénérative débutante sous-talienne, une ancienne rupture des ligaments, un épanchement intra-articulaire talo-crural avec des signes de synovite chronique, et une tendinopathie du court fibulaire. 6. Le 27 novembre 2014, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la Suva, a admis que la rechute était en lien de causalité avec l'accident initial. 7. La Suva a pris en charge le cas et versé des indemnités journalières dès le 1^{er} octobre 2014. 8. À réception d'un certificat du Dr C_____ prolongeant l'incapacité de travail dès le 21 novembre 2014, la Suva a émis des réserves dans l'attente d'informations complémentaires par courrier à l'assuré du 16 décembre 2014. 9. Dans le cadre de l'instruction, la Suva a notamment obtenu un rapport établi le 20 mars 2015 par le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, évoquant une lésion ostéolytique massive du talus à gauche faisant suspecter un processus tumoral de type chondroblastome. 10. Dans une appréciation du 10 avril 2015, le Dr E_____ a exclu un lien de causalité

entre la tumeur osseuse et l'événement traumatique du 4 juillet 2007. 11. Par décision du 16 avril 2015, confirmée sur opposition le 15 juillet 2015, la Suva a refusé la prise en charge de la rechute annoncée, au motif que selon son médecin d'arrondissement, il n'existait pas de lien de causalité entre l'accident du 4 juillet 2007 et les troubles de la cheville gauche survenus en octobre 2014. Par conséquent, elle était intervenue à tort et devait mettre un terme au paiement de ses prestations au 31 mars 2015. Au vu des circonstances, elle renonçait à demander le remboursement des prestations indûment versées jusqu'à cette date. 12. Le 16 juillet 2015, le docteur G_____, médecin au service de chirurgie orthopédique des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a pratiqué une arthroscopie de la cheville avec curetage et cimentage de la lésion kystique du talus. 13. L'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a accordé à l'assuré diverses mesures professionnelles, dont un stage d'orientation professionnelle du 26 novembre au 4 décembre 2015 et du 11 avril au 3 juillet 2016. 14. Saisie d'un recours de l'assuré contre la décision de la Suva, à l'appui duquel plusieurs rapports d'imagerie ont été produits, la chambre de céans l'a partiellement admis par arrêt du 1^{er} juin 2016 (ATAS/436/2016). Elle a en substance retenu que la Suva avait exclu un lien de causalité en se fondant sur le rapport du Dr F_____ du 20 mars 2015, lequel reposait uniquement sur un examen radiologique, et non sur une analyse histo-pathologique du tissu kystique qui permettrait de confirmer le diagnostic suspecté. Or, cette analyse, réalisée à la suite de l'intervention pratiquée en juillet 2015, avait exclu un chondroblastome. Les diverses appréciations médicales versées au dossier ne permettaient pas de statuer sur le lien de causalité entre l'accident du 4 juillet 2007, la lésion ostéochondrale et les kystes du talus gauche. La chambre de céans a ainsi renvoyé la cause à la Suva pour instruction complémentaire et nouvelle décision. 15. L'OAI a pris en charge un stage de machiniste du 4 juillet au 28 août 2016, avant d'octroyer un reclassement à l'assuré en tant que chauffeur de poids-lourds du 29 août 2016 au 21 mai 2017. Il a versé des indemnités journalières à l'assuré jusqu'au 31 août 2017. 16. À la demande de la Suva, le docteur H_____, médecin associé au service de radiologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV), a analysé le dossier radiologique de l'assuré. Dans son rapport du 2 décembre 2016, il a noté que la lésion du talus correspondait à un kyste mucoïde à développement intra-osseux, en lien avec une lésion chondrale du versant latéral du talus, bien visible sur le scanner et les IRM. Il n'y avait pas d'anomalie talienne visible sur la radiographie du 7 avril 2007. D'après la littérature, dans un tiers des cas, ce type de lésion pouvait passer inaperçu sur les radiographies initiales, voire lors d'un examen arthroscopique. La lésion pouvait être initialement petite et s'élargir ensuite. Toujours selon la littérature, la localisation latérale de la lésion talienne était en faveur de son origine traumatique. La cheville de l'assuré présentait en outre des signes d'arthrose inhabituels à cet âge, sauf dans le cadre d'une arthrose secondaire à un traumatisme. Ainsi, au vu de l'ensemble du dossier, le lien de causalité entre l'accident du 7 avril 2007 et la lésion chondrale ayant entraîné le développement de la lésion talienne était fort possible, même s'il ne pouvait être affirmé avec certitude. L'arthrose de l'articulation talo-fibulaire était également très probablement en lien avec l'instabilité ou la micro-instabilité créée par le traumatisme. 17. Une scintigraphie osseuse de la cheville gauche réalisée le 16 janvier 2017 a montré une hyperfixation intense du dôme talien en regard d'une rupture de la corticale, et plusieurs lésions d'allure kystique de la diaphyse tibiale et du talus, sans anomalie scintigraphique associée. 18. Un scanner du pied et de la cheville du 18 janvier 2017 a révélé un comblement talien post-greffe, une lésion ostéochondrale du bord

supéro-externe du talus avec fragmentation osseuse et amincissement cartilagineux tibio-talien sans fissuration profonde ni signe évident d'instabilité (zone remaniée majoritairement fibreuse de la niche ostéochondrale), une synovite antéro-latérale ou postérieure prévoyeuse (sic) d'un conflit antéro-latéral et du carrefour postérieur, sans corps libre osseux visible, une rupture partielle du ligament deltoïde et du ligament collatéral latéral sans stigmate de rupture du ligament calcanéofibulaire, une rupture ligamentaire de la syndesmose tibio-fibulaire, et des remaniements dégénératifs débutants de la sous-talienne postérieure. 19. Dans un rapport du 3 mars 2017, le docteur I_____, médecin adjoint au service de chirurgie orthopédique des HUG, a proposé une infiltration diagnostique et thérapeutique de l'articulation sous-talienne gauche. La reprise du travail de maçon n'était pas envisageable tant que la situation n'était pas stabilisée. L'assuré avait également des douleurs aux genoux. 20. Dans un rapport du 5 avril 2017, le Dr I_____ a noté que l'assuré décrivait une symptomatologie douloureuse très invalidante avec des douleurs, une instabilité symptomatique et des sensations de lâchement en inversion. Il décrivait également des douleurs neurogènes en regard du nerf fibulaire superficiel. Le bilan d'imagerie confirmait un conflit antéro-externe avec une synovite importante et une rupture des ligaments collatéraux externes de la cheville. On observait également une arthrose débutante au niveau de la sous-talienne. L'infiltration avait été effectuée au niveau de l'articulation sous-talienne, sans aucune amélioration. Au vu de cette situation, une reprise du travail était actuellement impossible, et l'instabilité de la cheville méritait une prise en charge chirurgicale, qui n'améliorerait toutefois pas totalement la symptomatologie douloureuse. 21. Dans son appréciation du 4 mai 2017, le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin auprès de la Suva, a admis l'existence d'un lien de causalité entre l'accident de 2007 et les troubles annoncés en 2014. Un traitement pouvait amener une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré. 22. Par courrier du même jour, la Suva a annoncé à l'assuré qu'elle admettait l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident de 2007 et la lésion ostéo-chondrale mise en évidence en novembre 2014. Elle reprendrait le versement de ses prestations dès le 1^{er} avril 2015. 23. Le 30 mai 2017, le docteur K_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a été consulté par l'assuré, lequel était tombé un mois plus tôt et souffrait de douleurs du genou droit et de la région lombaire basse. 24. Le 4 septembre 2017, l'assuré a subi une arthroscopie de la cheville, une reconstruction complexe ligamentaire externe, une levée de conflit antérieur, un débridement de lésion ostéochondrale du talus et une révision des tendons péroniers. Cette intervention a été pratiquée aux HUG. Les médecins des HUG ont attesté une incapacité de travail totale jusqu'au 4 octobre 2017, qu'ils ont ensuite régulièrement prolongée jusqu'au 14 décembre 2018. 25. Selon une note d'entretien du 20 septembre 2017 avec la Suva, l'assuré avait obtenu son permis de chauffeur de poids-lourds dans le cadre du reclassement octroyé par l'OAI. Ses problèmes au pied gauche entraînaient des difficultés avec la pédale d'embrayage, raison pour laquelle l'OAI lui avait conseillé d'obtenir un permis de chauffeur de cars automatiques. 26. Une IRM du genou réalisée à la même date a mis en évidence une gonarthrose droite prédominante dans le compartiment fémoro-tibial interne, une lésion méniscale interne complexe du corps et de la corne postérieure, une chondropathie de grade IV fémoro-patellaire, des signes de synovite et un épanchement articulaire abondant associé à un kyste de Baker. 27. Dans une note interne du 21 septembre 2017, l'OAI a estimé qu'au vu des très nombreux échecs de l'assuré aux examens et du résultat du stage d'orientation (notamment le bas niveau de français), d'autres mesures ne seraient pas de nature à réduire le dommage économique. Le degré d'invalidité s'élevait à 26 %. La

comparaison des revenus se basait sur l'ensemble des activités simples et répétitives, car l'assuré n'était pas allé au terme de sa formation. L'abattement appliqué était de 15 %, compte tenu des limitations fonctionnelles et de l'ancienneté. 28. Lors d'un entretien avec la Suva en date du 21 décembre 2017, l'assuré a déclaré que l'intervention de septembre 2017 n'avait pas amené le résultat espéré. Il souffrait de douleurs permanentes dans le pied, qui l'empêchaient de marcher normalement. Il se déplaçait avec des béquilles. Il limitait au maximum ses déplacements et ne pouvait conduire que des véhicules automatiques sur de courts trajets. Son chirurgien n'envisageait aucune mesure particulière, hormis une arthrodèse en cas de persistance des douleurs. L'assuré refusait ce geste car il craignait de perdre sa mobilité. 29. Le 29 décembre 2017, la Suva a obtenu les certificats de salaire de l'assuré de juillet 2006 à juillet 2007, dont ressort un revenu soumis à cotisations de CHF 74'397.50 durant cette période, dont CHF 1'421.80 à titre d'heures supplémentaires (CHF 5'941.50 en juillet 2006, CHF 5'893.80 en août 2006, CHF 5'460.- en septembre et octobre 2006, CHF 5'596.50 en novembre 2006, CHF 5'460.- en décembre 2006, CHF 5'447.70 pour le 13^{ème} salaire, CHF 7'018.- en janvier 2007, incluant une prime de CHF 1'468.80, CHF 5'550.- en février 2007, CHF 5'827.50 en mars 2007, CHF 5'550.- en avril 2007, CHF 5'642.50 en mai 2007, CHF 5'550.- en juin 2007). Le décompte de salaire pour 2014, également transmis à la Suva à cette date, révélait des heures supplémentaires à hauteur de CHF 2'782.15 durant cette année. 30. Selon un rapport du 22 janvier 2018, l'assuré avait consulté le service d'orthopédie des HUG le 19 décembre 2017 en raison de gonalgies droites. Le diagnostic était celui de lésion méniscale interne à droite avec gonarthrose fémoro-tibiale interne modérée. Une infiltration était préconisée. 31. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 13 février au 14 mars 2018. Dans leur rapport du 21 mars 2018, les docteurs L_____ et J_____ ont posé les diagnostics de contusion sans fracture et de déchirure ligamentaire externe de la cheville gauche en 2008, de lésion ostéo-chondrale kystique du talus gauche en 2014, d'arthrose débutante sous-talienne gauche en 2017, de légère atteinte axonale du nerf péronier superficiel gauche et de probable légère atteinte axonale sensitive des nerfs sural et tibial postérieurs gauches en 2018. Les comorbidités étaient les suivantes : cure de hernie inguinale bilatérale en 2003, gonarthrose fémoro-tibiale interne droite, avec lésions méniscales internes du corps et de la corne postérieure du genou droit, chondropathie de stade IV fémoro-patellaire, hépato-stéatose, probable spondylarthropathie négative, canal lombaire étroit d'allure constitutionnelle, troubles dégénératifs de la colonne lombaire avec rétrécissement foraminaux prédominant en L4-L5, diabète de type 2, hémochromatose et obésité de grade I. À l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles de l'assuré étaient des douleurs en regard de la partie supérieure de la malléole interne, en sous-malléolaire externe et sur la partie inférieure du péroné gauche, irradiant jusqu'aux trois derniers doigts de pied à gauche, et des talalgies gauches. L'assuré se plaignait également d'un gonflement du pied et d'une hypersudation, sans discoloration. Les facteurs améliorants étaient les antalgiques, le repos, le glaçage et la piscine. Les facteurs aggravants étaient la montée et la descente d'escaliers et la flexion dorsale de cheville. Le périmètre de marche déclaré était d'un kilomètre. Le moral était fluctuant, mais relativement bas. Aucun nouveau diagnostic orthopédique n'a été posé au cours du séjour. Aucune psychopathologie n'était retenue. Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient par les lésions constatées pendant le séjour. Des facteurs contextuels pourraient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par l'assuré, notamment une anxiété, une kinésiophobie et une catastrophisation élevées, associées à une perception de handicap fonctionnel et une

focalisation sur la douleur très élevées. La participation de l'assuré aux thérapies avait été élevée, et aucune incohérence n'était notée. Sa participation aux ateliers professionnels, pendant des périodes allant jusqu'à quatre heures sur des activités très légères, en alternant les positions assise et debout, était jugée bonne. Les limitations fonctionnelles provisoires par rapport à la cheville gauche étaient les suivantes : montée et descente des escaliers de façon répétitive, déambulation prolongée surtout sur terrain irrégulier, et accroupissements répétés. La situation était pratiquement stabilisée du point de vue médical. En effet, on s'attendait à une stabilisation deux à quatre mois plus tard. La poursuite de la physiothérapie pourrait améliorer et consolider les résultats acquis pendant le séjour, voire améliorer la fonctionnalité. La poursuite de la thérapie par neurostimulation électrique transcutanée (ci-après : TENS) était conseillée dans un but antalgique. Aucune nouvelle intervention n'était proposée. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de maçon était défavorable à long terme. En revanche, le pronostic de réinsertion était favorable dans une activité adaptée, dans laquelle on s'attendait à une pleine capacité, bien que des facteurs non médicaux soient susceptibles de ralentir le processus de réinsertion. La synthèse des ateliers professionnels soulignait que les déplacements avec des béquilles semblaient difficilement compatibles avec une activité dans le domaine de la conduite professionnelle. L'assuré était capable de travailler durant quatre heures consécutives dans une activité sédentaire demandant une certaine capacité de concentration et d'attention. L'ENMG réalisé durant le séjour démontrait une légère atteinte axonale du nerf péronier superficiel gauche et une probable légère atteinte axonale sensitive du nerf sural et tibial postérieur gauche. On trouvait une hypoesthésie dans le territoire des trois nerfs, prédominant pour le nerf sural, de degré Sunderland 2. On constatait cependant une bonne neurographie, notamment du nerf sural, et très peu de signes de dénervation. Ainsi, une probable légère irritation de ces trois nerfs, vraisemblablement sur distension/compression au moment de l'opération, était retenue par le docteur K_____, spécialiste FMH en neurologie. Le pronostic était favorable et il ne devrait pas y avoir beaucoup de limitations fonctionnelles en lien avec cette atteinte. Le rapport d'ergothérapie mentionnait une augmentation de la douleur par une pression de monofilament de 15 mg, dont l'ergothérapeute inférait une allodynie. Les médecins ont attesté une incapacité de travail totale du 13 février au 25 avril 2018. 32. Le 8 mai 2018, le Dr E_____ a examiné l'assuré. Ce dernier n'avait pas constaté d'amélioration à l'issue du séjour à la CRR. Son problème principal consistait en douleurs au niveau de la jambe gauche, avec une hyposensibilité de la face externe et de tous les orteils, ce qui le réveillait la nuit. L'utilisation de TENS le soulageait alors pendant une heure ou deux. Au niveau de la cheville, il se plaignait de douleurs à la mobilisation. S'il marchait sans béquilles, les douleurs augmentaient d'intensité et sa cheville gonflait. Il avait postulé à plusieurs emplois mais n'avait jamais pu être engagé en raison de l'utilisation des béquilles. Lors des ateliers professionnels à la CRR, les activités légères lui convenaient mais déclenchaient quand même des douleurs et des gonflements de sa cheville, bien qu'il puisse étendre sa jambe. Il existait également une gonarthrose fémoro-tibiale du genou droit, avec fissure méniscale horizontale. Aucune intervention n'était prévue pour cette atteinte. Il existait une catastrophisation chez l'assuré, qui craignait de se retrouver en chaise roulante en cas d'opération du genou. Il signalait également des lombalgies. À l'issue de son examen, le Dr E_____ a conclu à la stabilisation du cas. Si l'arthrodèse proposée par le Dr I_____ était décidée par l'assuré, elle serait à la charge de la Suva. L'ancienne activité de maçon n'était plus exigible. Au vu du bilan réalisé lors de l'évaluation professionnelle à la CRR, on pouvait admettre que dans des activités très légères avec un port de charges

inférieures à 5 kg, en alternant les positions assise et debout, sans devoir monter ou descendre des escaliers ou des échelles de façon répétée, sans déplacements sur des terrains irréguliers ou accroupissements répétés, et sans travailler en position agenouillée, on pouvait s'attendre à une activité à temps plein, sans baisse de rendement, après une augmentation progressive du temps de travail. 33. Dans un avis du 9 mai 2018, le Dr E_____ a estimé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 15 %, se référant à la table d'indemnisation 5 pour les atteintes résultant d'arthrose, et appliquant par analogie le taux applicable à une grave arthrose tibio-tarsienne nécessitant une arthrodèse. 34. Le 14 mai 2018, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision, aux termes duquel il avait droit à une rente entière du 1^{er} octobre 2015 au 31 mai 2016. Sa capacité de travail était totale dès le 29 février 2016 dans une activité adaptée, et son degré d'invalidité dès cette date de 26 %. 35. Par courrier du 15 mai 2018, la Suva a informé l'assuré du fait qu'elle mettrait un terme au versement des indemnités journalières au 30 juin 2018, dès lors qu'aucune amélioration notable de son état de santé n'était à attendre. 36. Selon un courriel du 24 mai 2018, l'employeur estimait que l'assuré aurait perçu en 2017 un salaire de CHF 6'000.- mensuels, auxquels s'ajoutaient CHF 174.- de pause (2.9 % du salaire travaillé), et de CHF 6'050.- en 2018, plus CHF 175.45 pour la pause. 37. Dans un rapport du 31 mai 2018, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a souligné l'importante douleur antéro-externe de la cheville gauche, avec des signes de lésion du nerf péronier superficiel. La reprise du travail était tout à fait hypothétique dans son ancien poste. Une réorientation dans une activité plus sédentaire lui paraissait cependant envisageable. 38. Le 18 juin 2018, le Dr E_____ a confirmé l'exigibilité de l'activité professionnelle définie à la CRR. Il a précisé que l'activité de chauffeur de bus apparaissait possible, sous réserve de la validation du permis par un médecin spécialisé pour la conduite. 39. Par courrier du 15 juin 2018, l'assuré, par son conseil, a contesté la stabilisation de son état de santé. En effet, il devait poursuivre la physiothérapie et serait prochainement convoqué au service de chirurgie orthopédique des HUG. 40. Dans son avis du 18 juin 2018, le Dr E_____ a retenu que le traitement médicamenteux en cours était à poursuivre, avec un éventuel traitement antalgique et anti-inflammatoire. Les chaussures orthopédiques prescrites à la CRR devaient être prises en charge, ainsi qu'une séance hebdomadaire de physiothérapie à visée antalgique. À la même date, la Suva a informé l'assuré de la prise en charge de ces soins. 41. Dans un document interne du 9 juillet 2018, la Suva a défini cinq postes adaptés à l'assuré parmi les descriptifs de postes de travail (ci-après : DPT), soit gestionnaire de production, collaborateur de production dans le montage, collaborateur de production dans l'affûtage, rectifieur et opérateur en horlogerie. Le revenu moyen tiré de ces activités était de CHF 62'024.60. Ces postes étaient à Vuisternens-en-Ogoz, Renens, Rolle, Apples et au Brassus. L'activité de gestionnaire de production impliquait rarement des déplacements jusqu'à 50 mètres, parfois des charges de moins de 5 kg, et était exercée à 50 % assis et à 50 % debout. Celle de collaborateur de production de montage comprenait parfois le port de charges de moins de 5 kg, rarement des déplacements jusqu'à 50 mètres, et pouvait être exercée assis ou debout. Le collaborateur de production dans l'affûtage devait rarement porter des charges de moins de 5 kg. Il ne devait jamais se déplacer et pouvait travailler assis ou debout. L'activité de rectifieur englobait parfois le port de charges de moins de 5 kg et impliquait des tâches réalisées debout à raison de 20 %. Celle d'opérateur en horlogerie comprenait souvent le port de charges de moins de 5 kg, parfois des déplacements jusqu'à 50 mètres, et était généralement exercée en position assise, à l'exception de certaines tâches. 42. Dans un document du 9 juillet 2018, la Suva a fixé le gain assuré du 4 juillet 2006 au

3 juillet 2007 à CHF 74'420.-. Compte tenu de l'indexation sur la base de l'évolution de l'indice nominal dans la branche, le salaire en 2017 s'élevait à CHF 80'463.-. 43. Par décision du 9 juillet 2018, la Suva a octroyé à l'assuré dès le 1^{er} juillet 2018 une rente d'invalidité de CHF 1'233.75, correspondant à un degré d'invalidité de 23.19 %, fondée sur un gain assuré de CHF 80'463.-. L'assuré était en mesure d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie, à condition qu'il ne doive pas porter de charges supérieures à 5 kg et qu'il puisse travailler en alternance assis et debout. Une telle activité était exigible durant toute la journée et lui permettrait de réaliser un salaire annuel de CHF 62'024.-. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 % lui était également allouée. 44. Selon les notes de consultation du 15 août 2018 de la doctoresse L_____, médecin au service de chirurgie orthopédique des HUG, une arthrodèse avait été discutée avec l'assuré et ce dernier semblait pouvoir l'envisager. 45. L'assuré a formé opposition contre la décision de la Suva par écriture du 10 septembre 2018. Son état de santé n'était pas stabilisé. De nouveaux examens avaient été réalisés et un nouvel arrêt de travail lui avait été prescrit. La Suva devait ainsi reprendre le versement des indemnités journalières et prendre en charge l'intégralité des traitements médicaux nécessaires. En outre, retenir une pleine capacité de travail était illusoire. Par ailleurs, les DPT retenus étaient tous très éloignés et concernaient des activités très spécifiques. Ils ne reflétaient pas le marché du travail du canton de Genève. Ils impliquaient en outre le port de charges et la station debout, incompatibles avec son état de santé. Le revenu sans invalidité retenu était inexact, car il ne tenait pas compte des heures supplémentaires régulièrement effectuées. Le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité devait également être revu, car il ne correspondait nullement à la gravité de ses séquelles. L'assuré a produit les pièces suivantes à l'appui de son écriture : a. courrier du Dr I_____ du 3 juillet 2018, indiquant qu'il ne considérait pas que l'état fût stabilisé lors de la dernière consultation du 25 avril 2018. L'assuré présentait d'importantes douleurs de la cheville, encore tuméfiée. Un point devait être fait prochainement. Au vu de la persistance de la symptomatologie, il suspectait une arthrose tibio-talienne symptomatique. Une activité adaptée était possible à temps partiel. L'assuré se plaignait également de douleurs au rachis, déterminantes dans la capacité de travail, qui rendait celle-ci difficilement évaluable objectivement. Il pourrait avoir besoin de pauses pour changer de position, et de repos. Les limitations fonctionnelles étaient liées au port de charges, à la marche, au changement de positions et à la position maintenue pendant plusieurs minutes sans changement. Le pronostic était réservé. L'arthrose suspectée nécessiterait probablement une arthrodèse tibio-talienne. Le traitement consistait en physiothérapie ; b. scintigraphie osseuse du 20 août 2018, ayant mis en évidence un foyer hyperfixant intense de la lésion ostéocondrale du dôme du talus superposable au comparatif de 2017, avec une composante inflammatoire correspondant vraisemblablement à la localisation responsable des douleurs décrites ; c. certificat d'incapacité de travail à 100 % du 16 août au 16 septembre 2018 par un médecin des HUG. 46. Le 26 octobre 2018, le Dr E_____ s'est déterminé sur les pièces fournies par l'assuré à l'appui de son opposition, lesquelles ne modifiaient pas sa position. En l'absence d'intervention prévue prochainement, il n'y avait pas de remise en cause de la date de stabilisation. Les nouvelles pièces ne changeaient pas l'évaluation de la capacité résiduelle de travail, car elles mentionnaient des troubles lombaires qui n'étaient pas à la charge de la Suva. 47. À la demande de la Suva, l'employeur lui a transmis par courriel du 9 novembre 2018 les décomptes de salaire de l'assuré pour 2004 et 2005, révélant des heures supplémentaires rémunérées à hauteur de CHF 2'356.70 en 2004 et de CHF 755.25 en 2005. Il était probable que l'assuré aurait continué de manière ponctuelle à effectuer des

heures supplémentaires, dont le nombre était difficile à prédire. 48. Par décision du 16 novembre 2018, la Suva a partiellement admis l'opposition en ce sens que le droit à la rente d'invalidité était porté à 24 % dès le 1^{er} juillet 2018. Elle a retenu que l'assuré n'apportait pas d'élément objectif permettant de remettre en cause la date de la stabilisation de son état de santé. La physiothérapie et la médication ne constituaient pas des traitements susceptibles d'améliorer notablement l'état de santé d'un assuré. La Suva était ainsi légitimée à mettre un terme au versement d'indemnités journalières. S'agissant du revenu d'invalidité, l'assuré avait démontré lors de l'évaluation à la CRR qu'il était capable de travailler durant quatre heures consécutives dans une activité sédentaire demandant une certaine capacité d'attention et de concentration, et les médecins de la CRR avaient considéré que la reprise pourrait se faire à plein temps sans diminution de rendement, conclusion reprise par le Dr E_____. L'évaluation de la capacité de travail par le Dr I_____ ne semblait pas tenir compte de l'évaluation de la CRR et ne convainquait dès lors pas. En outre, ce médecin ne semblait pas avoir pris la distance nécessaire face aux plaintes de l'assuré, très focalisé sur ses douleurs. Son évaluation n'était ainsi pas susceptible de remettre en question les conclusions du Dr E_____. Les DPT sélectionnés correspondaient aux limitations fonctionnelles définies par ce médecin. Ils étaient en outre accessibles en moins de deux heures de Genève, trajets exigibles par analogie avec les limites en matière d'assurance-chômage. La liste des DPT démontrait qu'il existait sur le marché du travail des emplois légers et adaptés à la situation de l'assuré. En ce qui concernait les heures supplémentaires à intégrer dans le revenu sans invalidité, la Suva a exposé que le gain de valide de CHF 80'755.40 avait été déterminé sur la base des indications fournies par l'employeur le 24 mai 2018. L'assuré avait effectué des heures supplémentaires rémunérées, CHF 2'034.75 en 2004, CHF 626.50 en 2005, et CHF 1'027.50 en 2006. La moyenne entre ces trois années représentait CHF 1'229.60. Le gain de valide devait ainsi être augmenté de ce montant, ce qui le portait à CHF 81'985.-. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le taux de 15 % avait été retenu par analogie avec une grave arthrose tibio-tarsienne nécessitant une arthrodèse. L'assuré se contentait d'affirmer que ce taux ne correspondait pas à la gravité de son atteinte, sans apporter le moindre élément médical susceptible de susciter le doute sur les conclusions émises par le Dr E_____. Dans ces conditions, la Suva ne voyait pas de raison de s'écarter de l'avis de son médecin d'arrondissement. 49. Par écriture du 14 décembre 2018, l'assuré a interjeté recours contre la décision de la Suva. Il a conclu, sous suite de dépens, préalablement à la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire, principalement à l'annulation des décisions de l'intimée du 9 juillet et du 16 novembre 2018, à ce qu'il soit dit et constaté que l'intimée devait poursuivre le versement des indemnités journalières au-delà du 30 juin 2018, à ce qu'il soit dit et constaté que l'intimée devait prendre en charge tous les frais médicaux du recourant en lien avec la rechute jusqu'à stabilisation du cas, à ce qu'il soit dit et constaté que le degré d'invalidité, le montant de la rente et le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité devraient être revus au sens des considérants, au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision au sens des considérants, et subsidiairement en sus des conclusions principales à ce qu'il soit ordonné à l'intimée de mettre en place une expertise médicale confiée à des spécialistes indépendants choisis par consensus afin de se prononcer sur l'état de santé, la date de stabilisation et la capacité de travail raisonnablement exigible du recourant. Le recourant a reproché à l'intimée d'avoir suivi l'appréciation du Dr E_____, laquelle ne pouvait se voir reconnaître la moindre valeur probante. Il avait subi plusieurs interventions à la cheville gauche. Or, la CRR et le Dr E_____ avaient ignoré

l'intervention de novembre 2015 dans leur anamnèse, alors qu'il s'agissait d'un élément essentiel. Leurs appréciations reposaient ainsi sur un historique médical incomplet, ce qui suffisait à leur nier toute valeur probante. Par ailleurs, sur la base des éléments au dossier, on ne pouvait retenir que son état de santé était stabilisé début mai 2018. Pour la CRR, la stabilisation était attendue deux à quatre mois après le séjour qui avait pris fin le 14 mars 2018. Toutefois, une arthrose tibio-talienne n'était pas suspectée à cette époque, et une nouvelle intervention n'était pas envisagée, ce qui était le cas depuis avril. Par ailleurs, les examinateurs retenaient un pronostic favorable quant aux atteintes neurologiques et il était escompté que la situation s'améliorerait grâce au TENS et à la physiothérapie. La CRR avait en outre relevé sa haute participation et l'absence d'incohérence. Le recourant poursuivait à ce jour la physiothérapie, le traitement avec le TENS et les médicaments, et des chaussures orthopédiques étaient en cours de fabrication. Il avait en outre été convoqué aux HUG en 2019 afin de faire le point sur l'évolution et pour une éventuelle intervention. Partant, on ne pouvait considérer que la situation était stabilisée. En outre, il marchait avec deux cannes en mai 2018. Par ailleurs, les conclusions du Dr E_____ sur sa capacité de travail n'étaient pas motivées et relevaient d'hypothèses. Le Dr I_____ avait souligné la nécessité de changer de position. Il était dès lors établi qu'il était très diminué et présentait une diminution de rendement découlant des pauses nécessaires pour changer de position, des moments de repos et de la nécessité de poursuivre la physiothérapie. Or, ces éléments n'avaient pas été pris en compte par le Dr E_____. L'instruction de l'intimée était en outre lacunaire. Lors du séjour à la CRR, une atteinte aux nerfs et une allodynie avaient été diagnostiquées, et la Suva n'avait pas investigué l'évolution de ces atteintes. Les limitations fonctionnelles, la capacité de travail et le rendement devaient également être déterminés. Le recourant a soutenu qu'on ne pouvait comparer les ateliers professionnels de la CRR au marché du travail équilibré. Les intervenants de la CRR avaient constaté son implication et la cohérence de ses limitations. L'intimée avait admis la nécessité de poursuivre l'utilisation du TENS et le traitement médicamenteux, ce qui revenait à reconnaître la gravité de ses atteintes. Il était dès lors aberrant de tenter de les réduire à des plaintes subjectives. S'agissant des DPT, ils impliquaient tous la position debout, contre-indiquée au vu de son état de santé. Ils étaient tous très éloignés de Genève, et de tels déplacements n'étaient pas exigibles du recourant, également limité dans la position assise. Il y aurait cas échéant lieu de demander aux experts de se prononcer sur les répercussions de ces trajets sur sa capacité de travail. Ces postes étaient en outre très spécifiques et très rares. Le revenu d'invalidité devrait être revu une fois l'état de santé stabilisé, les limitations fonctionnelles, la capacité de travail résiduelle et le rendement fixés. S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimée avait admis devoir prendre en compte les heures supplémentaires, soit CHF 1'229.60 par an. Elle avait toutefois omis d'intégrer l'indemnité pour repas versée par jour de travail. En ce qui concernait l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, les conclusions incomplètes et non motivées du Dr E_____ ne sauraient être retenues pour la fixer, et elle ne pouvait être établie avant la stabilisation de l'état de santé. Pour tous ces motifs, la décision litigieuse devait être annulée. À l'appui de son écriture, le recourant a notamment produit un rapport du Dr G_____, aux termes duquel il avait été hospitalisé du 23 au 25 novembre 2015 pour un curetage du talus gauche et microperforation, greffe autologue et allogreffe spongieuse du talus gauche, greffe cartilagineuse type Amic du talus gauche, libération externe de cheville gauche, stabilisation de cheville et biopsie osseuse. L'évolution avait été bonne. 50. Dans sa réponse du 25 février 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a souligné que le recourant invoquait très tardivement l'intervention de novembre 2015,

qu'il reprochait aux médecins de la CRR et au Dr E_____ d'avoir ignorée. Il n'avait pas avancé cet argument dans son opposition. On ne saurait ainsi le suivre lorsqu'il affirmait que l'absence de référence à cette intervention ne permettrait pas de reconnaître valeur probante aux rapports du Dr E_____ et des médecins de la CRR. Ces derniers avaient du reste tenu compte des interventions postérieures à celle de novembre 2015. Par ailleurs, le Dr I_____ se contentait d'affirmer que l'état n'était pas stabilisé en avril 2018, et on ne pouvait rien en tirer d'autre. Quant à la légère atteinte neurologique diagnostiquée à la CRR, elle n'exigeait aucune investigation supplémentaire, eu égard au pronostic favorable. Quant aux DPT choisis, ils respectaient les limitations fonctionnelles arrêtées par le médecin de l'intimée. Il était incorrect d'alléguer que la position assise ou debout était incompatible avec l'état de santé du recourant, seule l'alternance de ces positions étant requise. Quant aux indemnités de repas, elles n'avaient pas été retenues dans le gain annuel car elles n'étaient pas soumises à cotisations. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité avait été arrêtée à l'issue d'un examen du recourant par son médecin d'arrondissement, et l'intimée ne voyait pas de raison de s'en écarter. 51. Dans sa réplique du 1^{er} avril 2019, le recourant a persisté dans ses conclusions et repris les arguments précédemment développés. Il a répété que son cas n'était pas stabilisé, et que l'avis du Dr E_____ ne pouvait être suivi. L'intimée avait omis de discuter la scintigraphie osseuse du 20 août 2018, laquelle relevait notamment une composante inflammatoire. À fin 2018, il avait été revu aux HUG et les médecins pensaient à une neuropathie périphérique ou à un névrome. Il avait subi deux infiltrations qui ne l'avaient soulagé que quelques heures, et il poursuivait les séances de physiothérapie. Le recourant a affirmé que les exigences en matière de force probante des rapports médicaux n'étaient pas remplies en l'espèce. Il a joint les documents suivants à son écriture : a. rapport du service de chirurgie orthopédique des HUG du 23 novembre 2018, évoquant une neuropathie périphérique ou un névrome au vu des douleurs, et sollicitant un avis sur une prise en charge par infiltrations et par un bloc nerveux ; b. rapport du 28 mars 2019 du docteur M_____, médecin à la consultation ambulatoire de la douleur des HUG, indiquant qu'une infiltration péri-articulaire L3-L4 à but antalgique et un bloc test du nerf sural droit avaient été réalisés le 1^{er} octobre 2018 et le 25 janvier 2019. L'assuré se plaignait de lombalgies, de douleurs à la cheville et de gonalgies. Le bloc du nerf sural avait été efficace pendant 48 heures, mais la sensation d'endormissement avait été fastidieuse. Le médecin considérait que l'assuré se trouvait dans une impasse thérapeutique. Un cadre soutenant avec plusieurs axes de traitement conservateur était souhaitable. 52. Par duplique du 23 avril 2019, l'intimée a persisté dans ses conclusions. L'impasse thérapeutique et le traitement conservateur mentionnés par le Dr M_____ démontraient la stabilisation de l'état de santé du recourant. 53. Dans ses observations du 14 mai 2019, le recourant a persisté dans ses conclusions et a produit les pièces suivantes : a. IRM de la cheville gauche du 19 avril 2019, concluant à un status post-plastie du faisceau talo-fibulaire antérieur du ligament collatéral latéral avec un comblement fibreux de la gouttière antéro-latérale pouvant être à l'origine d'un conflit antéro-latéral, et à une lésion ostéo-chondrale discrètement oedémateuse du coin supéro-latéral du dôme talien ; b. rapport du 6 mai 2019 du docteur N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, retenant qu'une arthrodèse serait prématurée au vu de l'IRM du 15 avril 2019 mais qu'une arthroscopie avec débridement était indiquée. Un conflit antéro-supérieur était probablement à l'origine des douleurs actuelles. 54. L'intimée s'est déterminée le 4 juin 2019. Elle s'est référée à la nouvelle appréciation du Dr E_____ du 27 mai 2019, qu'elle a produite. L'arthroscopie proposée par le Dr N_____ constituerait une déstabilisation

passagère de tout au plus trois mois à compter de la date de l'intervention. Elle a pour le surplus renvoyé à son écriture du 25 février 2019. Dans l'avis joint, le Dr E_____ s'est déterminé sur les nouvelles pièces produites par le recourant. Il a noté qu'une arthrodèse devait effectivement être repoussée autant que possible. Une arthroscopie de débridement pouvait être indiquée, même si elle ne permettrait pas de régler de façon définitive le problème des lésions cartilagineuses existantes. Le Dr N_____ ne se prononçait pas sur la capacité de travail du recourant. En conclusion, l'exigibilité de la reprise du travail et la stabilisation en mai 2018 étaient maintenues. En cas d'arthroscopie, une reprise du travail pouvait être attendue trois mois plus tard. 55. Le 14 juin 2019, le Dr N_____ a pratiqué une arthroscopie opératoire de la cheville gauche avec décompression / débridement de l'angle supéro-externe et latéral. 56. Par courrier du 27 juin 2019 au recourant, le Dr N_____ a confirmé un conflit post-traumatique supéro-externe de la cheville gauche. Le revêtement cartilagineux de la cheville était globalement bien préservé et la nécessité d'une arthrodèse n'était pas imminente. La décompression supéro-externe avait été effectuée avec succès et un retour à la normale pouvait être attendu dans les trois mois. La pathologie de la cheville gauche était en relation directe avec l'accident du 4 juillet 2007, et le Dr N_____ était d'avis que l'arthroscopie pratiquée et les incapacités de travail induites par cette pathologie jusqu'à ce jour devaient être prises en charge par l'intimée. Le statu quo ante n'avait jamais été atteint, et on pouvait considérer qu'au moins une partie de l'incapacité de travail du recourant dans le passé pouvait être imputée directement à cette pathologie intra-articulaire résolue par l'intervention du 14 juin 2019. Le Dr N_____ avait prescrit un arrêt de travail dès le 14 juin 2019, avec une reprise 4 à 10 semaines plus tard. Le pronostic était bon et un retour à la quasi-normalité était attendu par la suite. 57. Dans son écriture du 1^{er} juillet 2019, le recourant s'est étonné que l'intimée persiste à considérer que son état était stabilisé malgré l'intervention pratiquée, dont il était établi qu'elle pouvait sensiblement l'améliorer. 58. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture à l'intimée le 2 juillet 2019. 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). En particulier, malgré leur libellé, on interprétera les conclusions du recourant relatives à la reconnaissance de son droit aux prestations comme tendant à la condamnation de l'intimée au versement de ces dernières. Elles sont ainsi recevables, contrairement à des conclusions constatatoires dont le caractère est subsidiaire par rapport à une action formatrice (ATF 129 V 289 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 149/06 du 11 juin 2007 consid. 5.2). 3. Le litige porte sur le droit aux prestations en cas d'accident du recourant, en particulier sur le point de savoir si son état de santé était stabilisé au 30 juin 2018. 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). 5. Les prestations

suivantes sont prévues en cas d'accident. a. En vertu de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. b. Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGGA) 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 LPGGA), à 80 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence. c. Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) 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 LPGGA 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 LPGGA). 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 LPGGA). Conformément à 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. d. À teneur de l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. 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). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. 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. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (art. 25 al. 1 et 2 LAA). Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202) édicté conformément à cette délégation de compétence, 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. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'ordonnance (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, 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). L'annexe 3 à l'ordonnance comporte un barème des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent, dont le Tribunal fédéral a reconnu la conformité à la loi (ATF 124 V 29 consid. 1b). L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité désignées à l'annexe 3 à l'OLAA s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La Division médicale de la SUVA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation

plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). 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 dans la mesure du possible l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1.2). L'évaluation incombe avant tout aux médecins, qui doivent d'une part constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et d'autre part estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009, consid. 5.1).

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

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 ; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

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

d. S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites

par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2). 7. Pour déterminer le revenu sans invalidité avant un accident, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé utiliser pleinement sa capacité de travail. Peu importe de savoir si l'assuré mettait à profit, entièrement ou partiellement seulement, sa capacité de travail ; ces éléments sont pris en compte au travers du montant du gain assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_708/200 du 21 août 2008 consid. 5.5). Lorsqu'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on prendra en compte le revenu qu'il obtenait dans le poste occupé jusqu'alors (RAMA 2006 n° U 568 p. 66, consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 5.5). La prise en compte des gains accessoires intervient sans égard au rendement et au temps consacré pour leur obtention. Elle s'étend donc aux revenus obtenus dans une activité accomplie en supplément d'un emploi exercé dans les limites d'un horaire de travail normal (arrêt du Tribunal fédéral 8C_676/2007 du 11 mars 2008 consid. 3.3.2). Les revenus réalisés dans des activités accessoires ne sont pris en compte dans le revenu sans invalidité que si l'on peut admettre que l'assuré aurait continué, selon toute vraisemblance, à les percevoir sans la survenance de l'atteinte à la santé. En d'autres termes, la prise en compte d'un revenu accessoire suppose un lien entre l'atteinte à la santé et la cessation de l'activité s'y rapportant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_274/2009 du 3 décembre 2009 consid. 6 et les références). S'agissant de la fixation du revenu d'invalidé, ce n'est pas le fait que l'assuré mette réellement à profit sa capacité résiduelle de travail qui est déterminant, mais bien plutôt le revenu qu'il pourrait en tirer dans une activité raisonnablement exigible. Le caractère raisonnablement exigible d'une activité doit être évalué de manière objective, c'est-à-dire qu'on ne peut simplement tenir compte de l'appréciation négative par l'assuré de l'activité en cause. Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa), ou de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT). La détermination du revenu d'invalidé sur la base des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifiée ni admissible (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3). 8. Il convient en premier lieu de déterminer si c'est à juste titre que l'intimée a considéré que l'état de santé du recourant était stabilisé au 30 juin 2018, soit qu'il n'y avait plus lieu d'espérer à cette date que la poursuite du traitement médical permettrait une amélioration sensible de son état. a. 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. 1a 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). La pratique n'a jusqu'ici pas tracé de limite stricte sur ce point. Par analogie avec la valeur minimale de 5 % souvent appliquée en droit des assurances sociales pour déterminer ce qui revêt une importance notable (Erheblichkeitsgrenze) (par exemple en matière de révision du taux de la rente, cf. ATF 140 V 85 consid. 4), un pronostic d'amélioration de la capacité de travail de 5 % dans l'activité habituelle ou une activité de remplacement peut être considéré comme sensible (Kaspar GEHRING, in Kommentar KVG/UVG, Ueli KIESER / GEHRING / Susanne BOLLINGER [éd.], Zurich 2018, n. 27 ad art. 10 LAA). 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). Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique, par exemple une cure annuelle, ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1). Des troubles chroniques ne font pas obstacle à la reconnaissance d'un état de santé par ailleurs stationnaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_734/2014 du 23 novembre 2015 consid. 4.2). Dans le cas d'un assuré qui avait refusé de subir une arthrodeuse de la cheville et auquel les médecins n'avaient pas proposé d'autre traitement, le Tribunal fédéral a confirmé que c'était à juste titre que l'assurance-accidents avait conclu à un état stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_247/2018 du 1^{er} avril 2019 consid. 5.3). Il faut encore préciser que la stabilisation de l'état de santé doit être estimée de manière pronostique, et non à l'aune de constatations rétrospectives (RAMA 3/2005 n° U 557 p. 389 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_849/2011 du 29 mai 2012 consid. 3.2). Par ailleurs, de jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral 8C_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4.2). b. En l'espèce, force est de constater qu'au 30 juin 2018, aucun traitement médical permettant d'escompter une amélioration significative de l'état de santé du recourant n'était plus discuté, étant rappelé que ce dernier n'envisageait alors pas de se soumettre à l'arthrodèse évoquée. Les médecins de la CRR n'avaient en effet formulé aucune proposition thérapeutique, pas plus que le Dr I_____. Le recourant ne peut rien tirer du fait que ce chirurgien ait qualifié son état de non stabilisé au 25 avril 2018. En effet, il n'est pas contesté que tel n'était pas encore le cas à cette date. Dans son rapport du 3 juillet 2018, ce chirurgien ne semblait en outre pas considérer l'arthrodèse comme une indication claire à court terme, dès lors qu'il mentionnait que cette intervention serait « probablement nécessaire », compte tenu de la suspicion d'arthrose. Le fait que le recourant ait déclaré à la Dresse L_____, postérieurement à la décision litigieuse, qu'il pouvait désormais envisager une telle opération ne suffit pas non plus à conclure à un état non stabilisé. En effet, les médecins des HUG n'affirment pas que cette intervention serait de nature à améliorer de manière sensible l'état du recourant. Du reste, contrairement à ce que le recourant affirme, l'arthrodèse n'était pas une option thérapeutique nouvellement apparue en avril 2018, puisqu'elle avait déjà été rapportée en décembre 2017 par le recourant lors d'un entretien avec l'intimée. Il ne s'agit ainsi pas d'un élément nouveau qui démontrerait

que son état n'était pas stabilisé. Quant aux douleurs qui subsistaient après le 30 juin 2018, elles paraissent s'inscrire alors dans un tableau chronique. Leur persistance ne démontre ainsi pas que l'état de santé était en cours d'évolution, conformément à la jurisprudence. La poursuite de la physiothérapie et la prise en charge du TENS ne permettaient pas non plus d'escompter une amélioration notable de l'état de santé du recourant, puisque leurs visées étaient antalgiques. Les consultations encore programmées au service de chirurgie orthopédique des HUG ne peuvent pas non plus être assimilées à un traitement médical susceptible d'améliorer l'état de santé du recourant, pas plus que la possibilité d'une neuropathie ou d'un névrome, évoquée en décembre 2018, dès lors qu'aucun de ces diagnostics ne paraît avoir été confirmé. Enfin, le rapport de scintigraphie du 20 août 2018 relève des éléments superposables à celle qui a été réalisée en 2017, ce qui tend à confirmer l'absence d'évolution de l'état du recourant. Compte tenu de ce qui précède, il n'existe aucun rapport médical justifiant que l'on s'écarte de la date de la stabilisation de l'état de santé fixée au 30 juin 2018 - date du reste corroborée par le pronostic temporel articulé par les Drs L_____ et J_____ dans leur rapport du 21 mars 2018. Conformément à la jurisprudence précitée, qui exclut l'analyse rétrospective de la stabilisation de l'état de santé, l'arthroscopie finalement pratiquée par le Dr N_____ en juin 2019 ne permet pas non plus de revenir sur ce point - et ce même si le pronostic favorable de ce chirurgien devait se vérifier. Il convient cependant de préciser que la confirmation de la stabilisation de l'état de santé du recourant n'exclut a priori pas que l'intimée assume l'intervention réalisée par le Dr N_____, l'art. 21 LAA prévoyant la prise en charge de prestations pour soins après la fixation de la rente à certaines conditions. 9. Reste à vérifier le calcul du degré d'invalidité du recourant dès le 1^{er} juillet 2018, en précisant en préambule que la détermination du degré d'invalidité par l'OAI ne lie pas l'intimée, notamment eu égard au fait qu'elle n'a pas fait l'objet d'une décision entrée en force (ATF 126 V 288 consid. 2d). a. L'intimée a fondé son calcul sur une capacité de travail totale dans une activité adaptée dès le 1^{er} juillet 2018. Tant le Dr E_____ que les médecins de la CRR ont retenu que l'état de santé du recourant, une fois stabilisé, lui permettrait d'exercer une activité adaptée à temps complet sans diminution de rendement. Leurs conclusions sont claires et elles se fondent sur des examens cliniques détaillés, complétés par la lecture du dossier et l'interrogatoire du recourant quant à ses plaintes. Au plan formel, leurs rapports satisfont ainsi aux exigences dégagées par le Tribunal fédéral. Le fait que l'intervention pratiquée en novembre 2015 par le Dr G_____ ne figure pas dans les anamnèses établies par la CRR et le médecin d'arrondissement de l'intimée ne justifie pas qu'on écarte leurs rapports. En effet, cette intervention est antérieure à l'arthroscopie du 4 septembre 2017, touchant la même articulation, dont lesdits rapports tiennent compte. Le recourant n'affirme d'ailleurs pas que cette opération modifierait les diagnostics à retenir et les limitations fonctionnelles déjà admises en lien avec sa cheville gauche. En outre, aucun autre rapport médical ne suscite de doute qui justifierait que l'on se distancie de cette appréciation. Si le Dr G_____ a exclu dans son rapport du 31 mai 2018 la reprise du travail de maçon - rejoignant sur ce point l'appréciation des Drs E_____, L_____ et J_____, il semble en revanche admettre qu'une activité adaptée est possible. Quant au rapport du Dr I_____ du 3 juillet 2018, lequel ne repose du reste pas sur une consultation récente, il admet l'exercice d'une activité adaptée à temps partiel, en invoquant toutefois des limitations induites par des douleurs au dos dont l'intimée ne répond pas. Ce médecin a certes délivré des arrêts de travail portant sur la période postérieure à la décision de l'intimée. Dès lors que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle n'est pas contestée par l'intimée, ces certificats, au demeurant non

motivés, ne permettent pas de s'écarter de l'avis du Dr E_____. Enfin, le Dr N_____ ne s'est pas prononcé sur la capacité de gain du recourant. Par conséquent, le rapport du Dr E_____ doit se voir reconnaître force probante. Il apparaît du reste que le recourant a été en mesure de suivre un reclassement dans une nouvelle profession avant même la stabilisation de son état de santé, ce qui tend à confirmer la capacité médico-théorique dans une activité adaptée définie par les médecins de la CRR et par le médecin d'arrondissement. Par conséquent, c'est à juste titre que l'intimée a fondé son calcul du degré d'invalidité en tenant compte du revenu d'invalidité tiré d'une activité exercée à plein temps. Ainsi, par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1), la chambre de céans renoncera à la mise en oeuvre d'une expertise. b. S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimée l'a fixé à CHF 80'755.40 en référence aux informations de l'employeur du 24 mai 2018, et il a ajouté la moyenne des heures supplémentaires réalisées entre 2004 et 2006, soit CHF 1'229.60. Si le revenu de CHF 80'755.40 correspond aux informations de l'employeur (12 mensualités de CHF 6'050.-, plus le supplément pour pause de 2.9 % et un 13^{ème} salaire), il n'est pas possible de reconstituer le montant retenu à titre d'heures supplémentaires par l'intimée, dès lors que le dossier ne contient pas les données salariales complètes pour 2006. En outre, certains des chiffres avancés par l'intimée à ce titre ne correspondent pas aux montants ressortant des fiches de salaire. Ainsi, le recourant a perçu pour les heures supplémentaires, CHF 2'356.70 en 2004, et non CHF 2'034.75, et CHF 755.25 en 2005 plutôt que CHF 626.50. Il a perçu CHF 1'421.80 pour les heures supplémentaires de juillet 2006 à juin 2007. On peut y ajouter le montant des heures supplémentaires de 2014, soit CHF 2'782.15. C'est donc la moyenne de ces quatre chiffres que la chambre de céans retiendra, soit CHF 1'829.-. Le revenu sans invalidité sera ainsi fixé à CHF 82'584.-. S'agissant des indemnités de repas dont le recourant réclame l'intégration dans le revenu sans invalidité, il faut rappeler que le salaire déterminant comprend toute rémunération pour un travail dépendant, fourni pour un temps déterminé ou indéterminé. Il englobe les allocations de renchérissement et autres suppléments de salaire, les commissions, les gratifications, les prestations en nature, les indemnités de vacances ou pour jours fériés et autres prestations analogues, ainsi que les pourboires, s'ils représentent un élément important de la rémunération du travail (art. 5 al. 2 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants [LAVS - RS 831.10]). Selon l'art. 9 du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants (RAVS - RS 831.101), les frais généraux sont les dépenses résultant pour le salarié de l'exécution de ses travaux ; le dédommagement pour frais encourus n'est pas compris dans le salaire déterminant (al. 1) ; ne font pas partie des frais généraux les indemnités accordées régulièrement pour le déplacement du domicile au lieu de travail habituel et pour les repas courants pris au domicile ou au lieu de travail habituel ; ces indemnités font en principe partie du salaire déterminant (al. 2). La Convention collective de travail (CCT) nationale du secteur principal de la construction en Suisse, qui a force obligatoire depuis 1999, prévoit des indemnités journalières pour les frais de déplacement et le repas de midi lorsque le travailleur ne peut pas retourner à son domicile. Des dispositions spéciales applicables dans le canton de Genève fixent le montant de l'indemnité forfaitaire journalière pour les frais de déplacement et le repas de midi à CHF 21.60. Dans un cas portant sur les indemnités de repas prévues par la CCT du second oeuvre romand (SOR), laquelle prévoit également le versement d'indemnités de repas lorsque le repas de midi ne peut pas être pris à domicile, le Tribunal fédéral a retenu que ces indemnités servaient à couvrir les frais supplémentaires subis par le travailleur et représentaient incontestablement des indemnités pour frais encourus non comprises dans le

salaires déterminant, leur caractère forfaitaire n'y changeant rien (arrêt du Tribunal fédéral 8C_310/2018 du 18 décembre 2018 consid. 7.4). Sur ce point, la présente cause est identique dès lors que les indemnités de repas sont prévues lorsque les travailleurs ne sont pas en mesure de se sustenter chez eux. Il convient dès lors de confirmer la position de l'intimée, qui n'a pas inclus ces indemnités dans le revenu sans invalidité. c. Pour ce qui est du revenu avec invalidité, le recours aux DPT ne prête pas flanc à la critique. Les DPT sont en effet compatibles avec les atteintes dont l'intimée répond, puisqu'ils n'impliquent notamment pas de port de charges excédant les limites fixées par le Dr E_____, n'exigent que de courts déplacements occasionnels et permettent l'alternance des positions. Le recourant fait valoir que ces DPT portent sur des postes éloignés de Genève. La jurisprudence a rappelé que le caractère convenable d'un DPT en regard de l'éloignement entre le lieu de travail prévu et le domicile ne peut pas être déterminé à l'avance et d'une manière générale, mais qu'il doit être examiné en fonction de la situation de santé et personnelle de l'assuré ainsi que de son obligation de réduire le dommage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_408/2014 du 23 mars 2015 consid. 7.3). En l'espèce, l'état de santé du recourant tel que décrit par les médecins ne fait pas obstacle à des trajets même relativement longs, étant du reste rappelé que les limitations dont répond l'intimée ne l'ont pas empêché de suivre une formation dans la conduite. En tant que le recourant fait valoir que ces postes sont trop spécifiques pour être représentatifs du marché du travail, il ne peut être suivi. En effet, les DPT sélectionnés, accessibles sans formation, correspondent à des postes fréquemment retrouvés dans l'industrie. La chambre de céans n'a ainsi pas de motif de s'écarter du revenu après invalidité de CHF 62'025.-. En conséquence, le degré d'invalidité résultant de la comparaison des revenus avant et après l'accident s'élève à 24.89 %, chiffre qui doit être arrondi à 25 % selon les règles mathématiques (ATF 130 V 121 consid. 3). d. Le gain assuré retenu par l'intimée est celui que le recourant a réalisé dans l'année qui a précédé l'accident de 2007, soit CHF 74'420.- indexé à 2017. Aux termes de l'art. 15 al. 2 LAA, est réputé gain assuré pour le calcul des indemnités journalières le dernier salaire que l'assuré a reçu avant l'accident ; est déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident. L'art. 24 al. 2 OLAA précise que lorsque le droit à la rente naît plus de cinq ans après l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle, le salaire déterminant est celui que l'assuré aurait reçu, pendant l'année qui précède l'ouverture du droit à la rente, s'il n'avait pas été victime de l'accident ou de la maladie professionnelle, à condition toutefois que ce salaire soit plus élevé que celui qu'il touchait juste avant la survenance de l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle. Selon la jurisprudence, cette disposition permet l'adaptation du gain uniquement à l'évolution des salaires dans le secteur d'activité, et les modifications du gain assuré qui ne relèvent pas du renchérissement ne peuvent pas être prises en compte (arrêt du Tribunal fédéral 8C_237/2011 du 19 août 2011 consid. 3.3). La détermination du gain assuré de l'intimée est ainsi conforme au droit. 10. Le recourant s'en prend enfin à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui lui a été octroyée. Compte tenu de la stabilisation de son état de santé, on ne peut considérer que la détermination de cette indemnité est prématurée. Quant à son taux, fixé par analogie avec une arthrose grave tibio-tarsienne nécessitant une arthrodèse (pour laquelle la table 5 d'indemnisation prévoit une fourchette de 15 à 30 %), il ne fait l'objet d'aucune critique concrète du recourant, qui se contente d'alléguer que ce taux ne reflèterait pas la gravité de son atteinte. Un tel argument, guère étayé et contredit par la notion même d'arthrose grave correspondant à ce taux d'indemnisation, ne convainc pas. Par ailleurs, comme on l'a vu, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité incombe avant

tout aux médecins, et le recourant ne produit aucun rapport médical s'écartant de l'évaluation du Dr E_____ sur ce point. Partant, la décision de l'intimée doit également être confirmée sur ce point. 11. Compte tenu de ce qui précède, le recours est très partiellement admis, en ce sens que le degré d'invalidité reconnu au recourant est de 25 % (au lieu de 24 %). Le recourant a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 250.- (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). * * * * *
PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.