

VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 309 vom 29. Mai 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-05-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2024__309

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 309 du 29 mai 2024

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 309 del 29 maggio 2024

Regeste

REJET DE LA DEMANDE, EXPERTISE MÉDICALE, RENTE D'INVALIDITÉ, INDEMNITÉ POUR ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, GONARTHROSE, LIBRE APPRÉCIATION DES PREUVES | 18 al. 1 LAA, 19 al. 1 LAA, 24 al. 1 LAA, annexe 3 OLAA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales Arrêt / 2024 / 309

REJET DE LA DEMANDE, EXPERTISE MÉDICALE, RENTE D'INVALIDITÉ, INDEMNITÉ POUR ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, GONARTHROSE, LIBRE APPRÉCIATION DES PREUVES | 18 al. 1 LAA, 19 al. 1 LAA, 24 al. 1 LAA, annexe 3 OLAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 70/23 - 56/2024 ZA23.030812 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 29 mai 2024

_____ Composition : M. Piguet , président Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Peter, assesseur Greffier : M. Genilloud ***** Cause pendante entre : H. _____ , à [...], recourant, représenté par Me Stéphanie Fontanet, avocate à Genève, et GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA , à Martigny, intimé, _____ Art. 18 al. 1, 19 al. 1 et 24 al. 1 LAA ; annexe 3 OLAA E n f a i t : A. H. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé en qualité d' « increasing project manager » pour le compte de la société N. _____ SA à 100 % depuis le 1 er octobre 2015. A ce titre, il était assuré obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de Groupe Mutuel Assurances GMA SA (ci-après : le Groupe Mutuel ou l'intimé). Le 19 mai 2016, l'assuré a été victime d'un accident de la voie publique. Alors qu'il circulait à scooter, il s'est fait couper la route par un bus des transports publics [...] qui n'avait pas respecté un feu rouge (cf. déclaration d'accident du 2 juin 2016). Se plaignant de douleurs au niveau du genou gauche et d'une impotence fonctionnelle, il s'est immédiatement rendu aux urgences des [...] ([...]). Les imageries effectuées le jour même ont mis en évidence une fracture du plateau tibial Schatzker 6 (recte : Schatzker V) gauche, justifiant la pose d'un fixateur externe fémoro-tibial gauche (cf. rapport du 24 mai 2016 du Dr J. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, des [...]). Un scanner effectué le lendemain a révélé une fracture comminutive du plateau tibial, surtout interne, avec impaction de 12 mm et une fracture comminutive non déplacée de l'apex fibulaire (cf. rapport du 20 mai 2016 des Drs S. _____ et Z. _____, spécialistes en radiologie, des [...]). Le 26 mai 2016, il a été procédé à l'ablation du fixateur externe puis à une réduction ouverte avec fixation interne du plateau

tibial gauche par voie médiale (cf. rapport du 1^{er} juin 2016 du Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, des [...]). Le Groupe Mutuel a pris en charge le cas. Alors qu'il avait progressivement repris la marche en charge, l'assuré a constaté une déformation secondaire au niveau de sa jambe gauche et fait état de la persistance de douleurs. De nouvelles imageries ont montré qu'il développait une pseudarthrose du plateau tibial interne avec un déplacement/enfoncement secondaire du plateau antéro-médial à gauche avec fracture d'une des vis, nécessitant une reprise chirurgicale (ablation de la plaque antérieure et ostéotomie épiphysaire du plateau interne avec fixation par plaque antiglide), réalisée le 27 octobre 2016 (cf. rapport du 8 novembre 2016 du Dr W._____ et du 7 février 2017 du Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur). Cette intervention n'a toutefois pas empêché la récurrence de l'enfoncement du plateau tibial interne. Par la suite, l'évolution a été décrite comme favorable, avec une bonne consolidation de la fracture et l'absence de déplacement secondaire du matériel d'ostéosynthèse. L'assuré se plaignait toutefois encore de douleurs liées audit matériel, raison pour laquelle il a subi son ablation le 4 juillet 2018 (cf. compte-rendu opératoire du 9 juillet 2018 du Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, des [...]). Selon un rapport du 4 octobre 2018 des Drs W._____ et M._____, des [...], les suites opératoires de la dernière intervention étaient favorables. Toutefois, l'assuré présentait une arthrose post-traumatique sévère de son genou gauche, ce qui était confirmé par la tomographie volumique numérisée à faisceau conique effectuée le 21 août 2018, laquelle avait notamment mis en évidence des séquelles de fracture du plateau tibial avec remaniement important du plateau tibial interne sous forme de défaut osseux principalement et une chondropathie tricompartmentale plus marquée en interne. Le 14 janvier 2019, l'assuré a été examiné par le Dr B._____, médecin-conseil du Groupe Mutuel, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du même jour, ce dernier a indiqué que l'assuré souffrait d'une gonarthrose varisante, en phase quasi terminale pour le compartiment interne. S'agissant des options thérapeutiques, il a considéré que l'arthroplastie totale du genou était probablement la seule alternative permettant une bonne récupération fonctionnelle, mais que l'assuré était encore trop jeune pour une telle intervention. Il a estimé que la capacité de travail de l'assuré était en l'état nulle dans sa dernière activité – laquelle impliquait de nombreux déplacements – mais qu'après l'arthroplastie, une reprise avec un rendement estimé entre 50 et 80% était possible. En revanche, le Dr B._____ a considéré que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité qui privilégiait la position assise et qui impliquait peu de déplacements, précisant que l'arthroplastie pouvait modifier les besoins d'alternance des positions assis/debout, le nombre de déplacements possible et les distances parcourues. Dans un rapport du 12 avril 2019, le Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et L._____, psychologue-psychothérapeute, ont indiqué que l'assuré était suivi sur le plan psychiatrique depuis le mois de septembre 2018 et que ce dernier souffrait d'un état anxiodépressif réactionnel à son accident (F41.2). Par décision du 29 avril 2019, le Groupe Mutuel a mis un terme au versement des indemnités au 31 mai 2019, au motif que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1^{er} juin 2019. Selon un rapport du 21 mai 2019 des Drs K._____ et G._____, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et W._____, des [...], les radiographies effectuées ont montré, au niveau fémoro-tibial interne, la persistance de l'affaissement et une importante perte de congruence. La pose d'une prothèse totale de

genou a été évoquée, mais en dernier recours seulement. Le 28 mai 2019, l'assuré a fait opposition à l'encontre de la décision du 29 avril 2019. Il a complété son opposition le 19 août 2019, indiquant être en incapacité de travail depuis le 8 mai 2019 en raison d'une aggravation de ses gonalgies, évolution défavorable qui avait par ailleurs péjoré son état psychique. Compte tenu de l'amélioration de la capacité musculaire et de la facilité à la marche de l'assuré depuis la mise en place de séances de physiothérapie intensive, et en présence de douleurs qui restaient supportables, les Drs W. _____ et G. _____, des [...], ont, dans leur rapport du 30 octobre 2019, préconisé la poursuite du traitement conservateur afin de retarder aussi longtemps que possible la pose d'une prothèse totale de genou. Ils ont estimé que l'assuré était désormais capable de travailler à 40 %. Dans un rapport du 3 février 2020 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI), le Dr X. _____ a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de dépression anxieuse persistante (F34.1), depuis 2016, et de trouble de la personnalité émotionnellement labile (F60.3), présent depuis l'adolescence. S'agissant des limitations fonctionnelles de l'assuré, le Dr X. _____ a fait état de difficultés considérables à se déplacer, de douleurs constantes qui nuisaient à sa concentration, d'une perte de confiance en ses capacités, d'un vécu persécutoire à fleur de peau, d'une intolérance au stress et aux contacts sociaux, ainsi que de troubles de la concentration et de l'attention. Dans un rapport complémentaire du 27 août 2020, le Dr B. _____, a confirmé sa précédente appréciation sur le plan somatique. Dans un rapport du 20 avril 2021, le Dr T. _____, médecin-conseil du Groupe Mutuel, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué chez l'assuré un trouble de la personnalité émotionnellement labile (F60.3) et une dysthymie (F.34.1). Il a considéré que la dysthymie était probablement en lien de causalité naturelle avec l'accident, plus précisément en rapport avec les complications au niveau physique. Les conséquences douloureuses et les impotences fonctionnelles découlant de l'accident ont également aggravé de manière modérée le trouble de la personnalité émotionnellement labile, lequel existait depuis l'adolescence. Il a précisé que le statu quo sine était atteint le 19 mai 2021, soit cinq ans après l'accident. Le Groupe Mutuel a par la suite confié la réalisation d'une expertise orthopédique au Dr O. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du [...] ([...]). Dans son rapport d'expertise du 25 janvier 2022, le Dr O. _____ a posé le diagnostic de gonarthrose secondaire tri-compartimentale gauche à prédominance interne, varisante, post-traumatique, en lien de causalité certain avec l'accident du 19 mai 2016. Il a précisé qu'aucun retour à un statu quo ne pouvait avoir lieu dans la mesure où l'évènement avait induit une aggravation durable. Il a estimé que l'état de santé de l'assuré était stabilisé à compter du mois d'octobre 2018, soit trois mois après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, le 4 juillet 2018. Il a considéré que sur le plan strictement somatique, l'assuré disposait, dès le printemps 2017 (six mois après la dernière ostéosynthèse, le 27 octobre 2016), d'une capacité totale de travail dans son activité habituelle de « project manager en informatique et marketing », avec toutefois une perte de rendement de 50 % en raison des nombreux déplacements et compte tenu de certaines limitations fonctionnelles (pas de montée et de descente répétitive d'escaliers ou d'échelle, pas de marche sur des terrains accidentés, pas de port de charges de plus de 10 kg de manière répétitive, pas de position à genou ou accroupie). Au vu de la déviation d'axe de dix degrés et de la gonarthrose tri-compartimentale varisante, il a toutefois indiqué que la poursuite de son activité habituelle n'était plus souhaitable, compte tenu des déplacements fréquents et des ports de charge occasionnels, susceptibles d'aggraver la gonarthrose. Le Dr O. _____ a

considéré que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée (activité principalement assise avec déplacements possibles dans l'entreprise) était complète, sans perte de rendement, dès le 1^{er} octobre 2018, voire dès le printemps 2017. Enfin, compte tenu de la présence d'une grave gonarthrose gauche, il a évalué l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 20 % sur la base de la Table 5 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (atteintes à l'intégrité résultant d'arthrose) (ci-après : la Table 5), précisant que le taux définitif dépendrait de l'évolution après la pose de la prothèse totale de genou. Par pli du 31 mars 2022, l'assuré, désormais représenté par Me Stéphanie Fontanet, a émis plusieurs critiques envers l'expertise du Dr O. _____, faisant notamment valoir qu'une arthrose grave donnait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 à 40 % selon la Table 5 ; le taux de 20 à 30 % mentionné par l'expert ne concernait que la situation après la pose d'une endoprothèse. Dans une appréciation médicale complémentaire du 4 juillet 2022, le Dr O. _____ a répondu aux doléances de l'assuré. S'il confirmait sa précédente appréciation, il reconnaissait toutefois que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité devait être compris entre 30 et 40%. Par décision du 4 août 2022, le Groupe Mutuel a nié le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident, renonçant toutefois au remboursement des factures payées à tort jusqu'au 15 avril 2021 au Dr X. _____. Par décision du même jour, complémentaire à celle du 29 avril 2019, le Groupe Mutuel a informé l'assuré que son droit aux indemnités journalières avait pris fin le 1^{er} octobre 2018, date à laquelle son état de santé était considéré comme stabilisé. En l'absence de perte de gain, il a refusé d'octroyer une rente d'invalidité à l'assuré. Quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il l'a fixée à 20 %, précisant que ce taux pourrait être réévalué en cas de pose d'une prothèse totale du genou gauche. Enfin, il a considéré que l'assuré ne pouvait prétendre au droit à la poursuite du traitement médical, puisqu'il n'avait pas droit à une rente d'invalidité. Par courrier du 8 septembre 2022, le Groupe Mutuel a informé l'assuré que sa décision du 4 août 2022 avait dans les faits remplacé sa décision du 29 avril 2019. La procédure d'opposition pendante était donc considérée comme terminée, respectivement nulle et non avenue. Il a par ailleurs renoncé à réclamer le remboursement des indemnités journalières versées jusqu'au 31 mai 2019. Le 14 septembre 2022, l'assuré a fait opposition à l'encontre de la décision du 4 août 2022 complémentaire à celle du 29 avril 2019. En substance, il estimait que son état de santé n'était stabilisé que depuis le 1^{er} octobre 2019. Le Groupe Mutuel était donc tenu de verser des indemnités journalières complètes jusqu'au 30 septembre 2019, puis des indemnités journalières équivalentes à une incapacité de travail de 60 % jusqu'au 1^{er} février 2020 afin de tenir compte d'un délai de carence de cinq mois lui permettant de retrouver un emploi. Concernant le droit à la rente d'invalidité, il était trop tôt pour se prononcer dans la mesure où il bénéficiait de mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité qui n'avaient pas encore été menées à leur terme. Il en allait de même pour l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, laquelle devait quoi qu'il en soit être arrêtée à 40 %. Par décision sur opposition du 13 juin 2023, le Groupe Mutuel a partiellement admis l'opposition de l'assuré, en ce sens qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 %, en lieu et place de 20 %, était accordée. Il l'a rejeté pour le surplus. B. Par acte du 14 juillet 2023, H. _____ a déféré cette dernière décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme. Il considérait qu'il devait bénéficier du remboursement de ses frais médicaux et du service des indemnités journalières à tout le moins jusqu'au 1^{er} octobre 2019, date de la stabilisation de son état de santé, précisant que ces dernières devaient être calculées sur la base d'une incapacité de travail de 100 % pour la période du 1^{er} mai au 30 septembre 2019. Quant au

droit à la rente, s'il ne contestait pas en tant que tel les montants arrêtés par le Groupe Mutuel à titre de revenus sans et avec invalidité, il faisait cependant valoir qu'en retenant une capacité totale de travail dans une activité adaptée, le Groupe Mutuel n'avait pas tenu compte de sa capacité de travail effective – attestée par certificats médicaux – pour déterminer le salaire avec invalidité. Ainsi, une rente correspondant à un degré d'invalidité de 40 % pour la période du 1^{er} octobre 2019 au 31 mai 2020 aurait dû lui être accordée. Enfin, il estimait qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 40 % devait lui être octroyée, compte tenu des multiples douleurs dont il souffrait, de l'impact psychique important qu'avait eu l'accident dans sa vie ainsi que des multiples chutes dont il avait été victime en raison de son genou défaillant. A titre subsidiaire, il demandait la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Dans l'éventualité où la Cour de céans considérerait que la stabilisation de son état de santé était intervenue avant le 1^{er} octobre 2019, il réclamait, en fonction des divers taux et périodes d'incapacité de travail, une rente correspondant à un degré d'invalidité de 80 % pour la période du 1^{er} au 4 octobre 2018, de 55 % pour celle du 9 octobre 2018 au 7 mai 2019, de 80 % pour celle du 8 mai au 30 septembre 2019 et de 40 % pour celle du 1^{er} octobre 2019 au 31 mai 2020. Plus subsidiairement encore, il concluait à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause au Groupe Mutuel pour nouvelle décision au sens des considérants. Dans sa réponse du 14 septembre 2023, le Groupe Mutuel a conclu au rejet du recours. L'expertise du Dr O. _____, y compris son appréciation complémentaire, devait être considérée comme probante. La mise en œuvre d'une nouvelle expertise n'était donc pas nécessaire. Concernant la stabilisation de l'état de santé, les éventuels traitements en cours dès l'automne 2018 consistaient en des « traitements d'entretien » qui n'avaient que pour seul but de maintenir ou renforcer la capacité musculaire de l'assuré, afin de reporter autant que faire se peut la mise en place d'une prothèse totale de genou. S'agissant du droit à la rente, la situation de l'assuré avant réadaptation permettait de lui reconnaître une entière capacité de travail et de gain dans une activité adaptée pour laquelle il disposait des formations et expériences professionnelles nécessaires ; un droit à une rente d'invalidité, même transitoire, ne pouvait dès lors lui être reconnu. En outre, l'assuré ne saurait prétendre à la prise en charge par le Groupe Mutuel d'un traitement de physiothérapie, celui-ci n'apportant pas une amélioration significative de son état de santé. Quant aux arguments avancés par l'assuré en faveur d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 40 %, ils n'étaient pas pertinents pour évaluer le taux de cette prestation. Par réplique du 31 octobre 2023, l'assuré a confirmé les conclusions et les moyens de son recours. Par duplique du 28 décembre 2023, le Groupe Mutuel a derechef conclu au rejet du recours. Dans ses déterminations du 17 janvier 2023 (recte : 2024), l'assuré a confirmé ses précédentes écritures. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. a) Le litige a pour objet la question du droit du recourant à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, singulièrement la question de

savoir si la situation du recourant peut être considérée comme étant suffisamment stabilisée pour établir les séquelles lésionnelles. b) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1er janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

3. a) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016), 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. L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA). 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). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de la personne assurée – ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2) – 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 (art. 19 al. 1 LAA).

b) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

c) Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C_1/2020 du 15 octobre 2020 consid. 3.1).

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne

peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). 5. En l'espèce, le recourant présente, à la suite de son accident, des séquelles au niveau de son genou gauche, sous la forme d'une gonarthrose tri-compartimentale à prédominance interne. a) Dans un premier grief, le recourant reproche tout d'abord à l'intimé d'avoir considéré, sur la base de l'expertise du 25 janvier 2022 du Dr O. _____, qu'il considère comme dénuée de force probante, que son état de santé était stabilisé à compter du 1^{er} octobre 2018. Se fondant en particulier sur les rapports des 13 juin et 30 octobre 2019 des [...], il estime que la stabilisation de son état de santé était intervenue au plus tôt le 1^{er} octobre 2019. aa) A titre liminaire, force est de constater, quoi qu'en dise le recourant, que le rapport d'expertise du 25 janvier 2022 du Dr O. _____ remplit toutes les conditions posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Celui-ci a en effet été établi en pleine connaissance de l'anamnèse du dossier et mentionne les rapports médicaux apportés par le recourant. Le Dr O. _____ a procédé à un examen clinique exhaustif du recourant et a pris en considération les plaintes exprimées par celui-ci. Il a en outre répondu à toutes les questions complémentaires posées par le recourant. Les conclusions de l'expert sont claires et exemptes de contradictions. Le fait que l'expert mentionne à la fois le printemps 2017 et le 1^{er} octobre 2018 comme date à partir de laquelle le recourant disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée n'est pas susceptible de remettre en cause la valeur probante du rapport d'expertise. Les critiques émises par le recourant à l'égard du rapport d'expertise ne le permettent pas non plus. D'ailleurs l'expert y a entièrement répondu et le recourant se contente de reprendre, dans le cadre de la procédure de recours, les mêmes critiques qu'il avait émises dans son courrier du 31 mars 2022, sans tenir compte des réponses fournies par l'expert. Au demeurant, même si les critiques formulées par le recourant s'avéraient fondées, elles ne seraient pas à elles seules propres à jeter le doute sur les conclusions de l'expert. bb) Pour le reste, il y a lieu de se ranger à l'appréciation de l'intimé quant à la date de la stabilisation de l'état de santé du recourant. A cet égard, l'expert O. _____ a expliqué que l'IRM réalisée le 28 septembre 2021 était superposable à l'arthrographie réalisée le 21 août 2018, ce qui démontrait que l'état du genou gauche du recourant était stabilisé. De plus, les médecins des [...] (cf. par exemple les rapports des 12 novembre 2018 et 30 octobre 2019), le médecin-conseil de l'intimé (cf. son rapport du 19 janvier 2019) ainsi que l'expert (rapport d'expertise du 25 janvier 2022, p. 38) s'accordent sur le fait que la seule intervention susceptible d'améliorer l'état de santé du recourant consiste en la pose d'une prothèse totale du genou, intervention toutefois prématurée compte tenu de l'âge du recourant. En tant que cette intervention n'est pour l'instant qu'envisagée, qui plus est à une date indéterminée, – tributaire de l'évolution des douleurs du recourant à son genou gauche – elle ne saurait suffire à remettre en cause la date de la stabilisation de l'état de santé retenue par l'intimé. En outre, la prescription de physiothérapie et de traitements antalgiques, en vue de soulager

l'exacerbation des douleurs, est compatible avec un état de santé stabilisé (TF 8C_93/2022 du 19 octobre 2022 consid. 4.2 et la référence). Comme le relève d'ailleurs l'intimé, de tels traitements doivent être considérés comme conservateurs, ayant uniquement pour but en l'espèce de différer autant que possible la pose d'une prothèse totale de genou. Aussi, sur la base du dossier, on ne voit pas quel élément aurait été omis ou écarté à tort et qui aurait permis de conclure à la non-stabilisation de l'état de santé. cc) Compte tenu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimé a considéré que l'état de santé du recourant était stabilisé à compter du 1^{er} octobre 2018 et que, partant, son droit aux indemnités journalières prenait fin le 30 septembre 2018. Pour le surplus, l'intimé n'avait pas à accorder au recourant, à compter de la date de stabilisation médicale, un délai convenable pour rechercher un emploi adapté pendant lequel les traitements médicaux et l'indemnité journalière devraient continuer à lui être alloués. En effet, la jurisprudence développée en relation avec l'obligation de diminuer le dommage en cas d'atteinte à la santé (exprimé à l'art. 6, 2^{ème} phrase, LPGA par l'exigibilité d'une activité de substitution en cas d'incapacité de travail durable) ne concerne en effet que l'indemnité journalière et n'est pas transposable au domaine des rentes, pour lesquelles le droit prend naissance selon d'autres conditions prévues par les lois spéciales, soit dans l'assurance-accidents l'art. 19 LAA ; autrement dit, dès lors que l'état de santé de l'assuré est stabilisé – au sens de l'art. 19 al. 1, 1^{ère} phrase, LAA – et qu'il y a en conséquence lieu d'examiner s'il peut prétendre à une rente, l'assureur-accidents n'est pas tenu de lui impartir un délai pour s'adapter aux nouvelles circonstances et de continuer de lui verser les indemnités journalières pendant cette période. Il doit clore le cas et mettre un terme au paiement de l'indemnité journalière. Le versement d'une rente d'invalidité – pour autant que l'assuré y ait droit en vertu de l'art. 18 al. 1 LAA – intervient au moment où prend fin le droit à l'indemnité journalière (TF 8C_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 4.3). b) L'état de santé du recourant étant stabilisé, il convient désormais d'examiner si le recourant peut prétendre à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents. aa) En l'espèce, l'intimé a retenu sur la base de l'expertise du 25 janvier 2022 du Dr O. _____ que le recourant disposait, dès le 1^{er} octobre 2018, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de montée et de descente répétitive d'escaliers ou d'échelle, pas de marche sur des terrains accidentés, pas de port de charges de plus de 10 kg de manière répétitive, pas de position à genou ou accroupie). Dans son rapport du 19 janvier 2019, le médecin-conseil de l'intimé a également estimé que le recourant jouissait d'une pleine capacité de travail dans un poste de travail sédentaire privilégiant les positions assises et impliquant peu de déplacements. En tant que ces appréciations ne sont pas sérieusement remises en cause par les rapports médicaux versés au dossier, elles doivent être confirmées. Aucun des médecins des [...] ne s'est d'ailleurs prononcé spécifiquement sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Les certificats médicaux délivrés par les médecins des [...] attestant d'une incapacité (totale ou partielle) de travail du recourant au-delà du 8 octobre 2018 ne sont à cet égard pas suffisants pour infirmer les conclusions de l'expert, faute de motivation circonstanciée. bb) Fort de ce qui précède, l'intimé a ensuite procédé au calcul du taux d'invalidité. S'agissant du revenu sans invalidité, il l'a fixé à 44'497 fr. 80 (3'675 fr. x 12, indexé à 2018), conformément aux indications de l'employeur figurant dans la déclaration d'accident du 2 juin 2016. Quant au revenu avec invalidité, il s'est fondé sur les statistiques de l'ESS (tableau ESS 2018, TA1_tirage_skill_level, niveau de compétence 2), le recourant n'ayant pas repris d'activité lucrative. Après avoir adapté le salaire à la durée hebdomadaire de travail usuelle dans les entreprises durant l'année 2018 et tenu compte d'un abattement

de 5 %, appliqué en raison des limitations fonctionnelles, il a retenu un montant de 67'135 fr. 55. Il en a conclu que le recourant ne subissait aucune perte de gain et a refusé au recourant le droit à une rente d'invalidité. Cette manière de procéder ne porte pas le flanc à la critique et doit être confirmée, ce que le recourant ne critique au demeurant pas. cc) En outre, le recourant ne saurait prétendre à une rente transitoire d'invalidité entre la fin du versement des indemnités journalières de l'assurance-accidents et le début du versement des indemnités journalières de l'assurance-invalidité. En effet, une rente fondée sur l'art. 30 OLAA doit être fixée d'après la méthode de comparaison des revenus. Dans ce cadre, et dans la mesure où l'évaluation intervient avant l'exécution d'une éventuelle mesure de réadaptation, seule entre en considération, à la date où la comparaison des revenus est effectuée, l'activité qui peut être raisonnablement exigée de la part d'un assuré non réadapté, compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (ATF 139 V 514 consid. 2.3). Or, nous l'avons vu, la capacité de travail du recourant est complète dans une activité adaptée dès le 1^{er} octobre 2018, ce indépendamment de la mise en place de mesures de réadaptation. C'est ainsi à bon droit que l'intimé a nié au recourant le droit à une rente d'invalidité, y compris transitoire, de l'assurance-accidents. 6. En ce qui concerne ensuite la question du droit au traitement médical après la fixation de la rente d'invalidité, des mesures médicales ne peuvent être prises en charge qu'aux conditions prévues par l'art. 21 LAA. Toutefois, la présente procédure n'est pas le lieu pour examiner plus concrètement cette question, faute de décision individuelle et concrète rendue à ce propos. Au demeurant, comme le relève l'intimé, le recourant ne saurait prétendre à de telles prestations au-delà du 1^{er} octobre 2018 puisqu'il n'a pas droit à une rente d'invalidité (cf. notamment TF 8C_551/2021 du 23 mars 2022 consid. 2.3), étant précisé qu'elle a pris en charge le traitement médical jusqu'au 31 mai 2019 et qu'elle s'est déclarée prête à prendre en charge la pose d'une prothèse totale de genou. 7. Dans un ultime grief, le recourant estime qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 40 % doit lui être accordée. a) Selon 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. b) Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), 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. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2). c) Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, 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, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez toutes les personnes présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour la personne concernée (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité incombe avant tout aux médecins, qui doivent d'une part constater objectivement les limitations, et d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C_566/2017 précité consid. 5.1 et la référence). d) L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2

OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b, 113 V 218 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1, première phrase, de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1, deuxième phrase, de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 3.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

e) En l'espèce, l'intimé, en se fondant sur la table 5, a estimé que l'arthrose grave (pangonarthrose) présentée par le recourant justifiait une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 %. Ce point de vue n'est pas critiquable. Selon la table 5, une arthrose grave donne droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité comprise entre 30 et 40 %. Certes, il est prévu, selon les termes de cette même table, de retenir le taux d'atteinte à l'intégrité le plus élevé si l'articulation considérée présente une instabilité en plus de l'arthrose. Cependant, aucune des pièces médicales au dossier ne fait en l'espèce état d'un phénomène d'instabilité articulaire du genou gauche du recourant qui justifierait de prendre en compte le taux d'atteinte à l'intégrité le plus élevé, soit 40 %. A cet égard, il y a en particulier lieu d'observer que les médecins des [...] ont continuellement constaté – hormis, sur le plan frontal, une ouverture en varus/valgus d'environ 5° degré à 30° de flexion (cf. rapport du 31 juillet 2019) – l'absence de laxité lors de leur examen clinique, notamment sur le plan frontal ou sagittal, ce aussi bien avant (cf. notamment rapports des 15 novembre 2017 et 13 février 2018), qu'après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (cf. notamment rapports des 4 octobre 2018, 13 juin 2019 et 27 septembre 2021). Le médecin-conseil de l'intimé (cf. rapport du 14 janvier 2019) et l'expert O. _____ (rapport d'expertise du 25 janvier 2022, p. 24) ont quant à eux seulement constaté une pseudo-laxité, interne en valgus forcé selon le premier, interne liée au varus selon le second. De plus, en tant que la présence d'une importante amyotrophie quadricipitale gauche a été prise en compte par ces mêmes médecins, le recourant ne saurait en déduire quoi que ce soit au niveau de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Ainsi, l'intimé était en droit de retenir un taux d'atteinte à l'intégrité de 30 %.

8. Au vu de ce qui précède, il faut constater que les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de faire droit à la conclusion subsidiaire du recourant tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. En effet, de telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

9. a) En définitive, il convient de rejeter le recours et de confirmer la décision querellée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPG), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPG). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 13 juin 2023 par Groupe Mutuel Assurances GMA

SA est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Stéphanie Fontanet (pour H. _____), à Genève, ■ Groupe Mutuel Assurances GMA SA, à Martigny, - Office fédéral de la santé publique, à Berne, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

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