

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1716/2019

ATAS/323/2020

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 30 avril 2020**

**5<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, représenté par APAS-  
Association pour la permanence de défense des patients et des  
assurés

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

**Siégeant : Philippe KNUPFER, Président ; Andres PEREZ et Pierre-Bernard  
PETITAT, Juges assesseurs**

### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1990, titulaire d'une autorisation d'établissement, marié et père d'un enfant, a travaillé dès le 9 janvier 2012 comme ferrailleur pour B\_\_\_\_\_ SA. À ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, ci-après : la SUVA ou l'intimée).
2. Le 3 octobre 2012, l'employeur de l'assuré a transmis à la SUVA une déclaration d'accident. Dans le champ consacré à la description de l'accident, l'employeur a indiqué : « je trouve assez étonnant, car il a reçu son congé le matin. Tombé sur le chantier ? ». Il a précisé que l'accident avait eu lieu le 28 septembre 2012, à 13h00. Les premiers soins avaient été dispensés par le docteur C\_\_\_\_\_, médecin généraliste.
3. Entendu par un inspecteur de la SUVA le 9 octobre 2012, en présence de son épouse, l'assuré a déclaré : « le 28 septembre 2012, je me trouvais sur un chantier à côté de la gare de Nyon. À un certain moment vers 10h00, je portais de longues planches, que je tenais sous le bras droit, avec un collègue portugais prénommé D\_\_\_\_\_, qui marchait devant moi. Nous étions au 7<sup>ème</sup> étage sauf erreur et je n'ai pas vu un trou dans la dalle mesurant environ 30 cm x 40 cm. J'ai mis le pied gauche dedans. Je me suis fait très mal : éraflure au tibia gauche et douleurs au genou jusque dans la hanche gauche. Sous l'effet de la chute dans le trou, j'ai subi des éraflures au niveau des côtes droites, provoquées par les planches que je portais. Mon collègue portugais m'a vu tomber dans le trou. Les maçons de l'entreprise E\_\_\_\_\_, de suite après ma chute, sont venus boucher le trou avec des planches ». S'agissant de son licenciement, l'assuré a expliqué qu'il avait eu quelques problèmes avec son employeur, ce dont le syndicat UNIA avait été informé. Il ne savait pas qu'il allait être licencié. Sa belle-mère avait réceptionné le licenciement le lundi 1<sup>er</sup> octobre 2012, avec effet au 31 octobre 2012. S'agissant de son état de santé actuel, l'assuré a indiqué qu'il ne pouvait pas rester assis plus de 10 minutes d'affilée, car il avait mal derrière le genou et au niveau de la fesse gauche. Après 200 ou 300 mètres de marche, il avait aussi mal au genou et à la hanche. S'agissant des soins, il était suivi par le Dr C\_\_\_\_\_, lequel lui avait prescrit de la physiothérapie. Il appliquait de la crème sur sa jambe et sa cuisse gauche. Une consultation était prévue le 18 octobre 2012.
4. Dans un certificat daté du 15 octobre 2012, le Dr C\_\_\_\_\_ a confirmé avoir dispensé les premiers soins le 28 septembre 2012. Il avait retenu un diagnostic de « contusion entorse lombaire ; genou gauche ; thoracique ». Il avait constaté des douleurs, des hématomes et des griffures de la hanche gauche, de la jambe gauche et du thorax, mais également des douleurs du ligament latéral interne du genou, une tuméfaction, des douleurs L4-L5 et un dos bloqué. L'incapacité de travail était totale dès le 28 septembre 2012 et le traitement se terminerait vraisemblablement dans les six à huit semaines.

5. Le 19 octobre 2012, la SUVA a informé l'ex-employeur de l'assuré qu'elle prendrait en charge les suites de l'accident et verserait des indemnités journalières.
6. Dans un bilan d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du genou gauche, daté du 22 octobre 2012, le docteur F\_\_\_\_\_, radiologue, a conclu à un discret épanchement intra-articulaire, à une déchirure de grade III de la corne postérieure du ménisque externe, à une déchirure de grade II de la corne postérieure du ménisque interne, à une discrète dégénérescence du tendon rotulien et à un fibrome non ossifiant au niveau de l'extrémité distale du fémur.
7. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 29 janvier au 20 février 2013. Dans leur rapport, les médecins de la CRR, les docteurs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, ont retenu les diagnostics suivants : thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs persistantes du genou gauche ; chute le 28 septembre 2012 au travail avec traumatisme du genou gauche, traité conservativement ; douleurs persistantes de la face externe du genou gauche et de la face externe du grand trochanter gauche ; probable méniscope externe du genou gauche ; fibrome non-ossifiant de l'extrémité postéro-externe distale du fémur ; status post-infiltration intra-articulaire. L'assuré présentait des douleurs persistantes et une limitation fonctionnelle du genou, que les constatations objectives et radiologiques permettaient difficilement d'expliquer. Les lésions apparaissant sur l'IRM étaient minimes et ne suffisaient pas à justifier l'ensemble du tableau clinique. L'existence de nombreuses incohérences et de multiples facteurs sortant du champ médical laissaient penser qu'une reprise d'activité professionnelle serait difficile. Dès lors qu'une amélioration notable s'était produite depuis l'accident, on pouvait admettre que la situation serait stabilisée d'ici un à deux mois. En l'absence de reprise, un contrôle par le médecin d'arrondissement était suggéré.
8. Le 29 août 2013, l'assuré a subi une première opération du genou gauche (ménisectomie externe), pratiquée par le docteur I\_\_\_\_\_.
9. Dans deux rapports établis en décembre 2013 et janvier 2014, le Dr I\_\_\_\_\_ a fait état de fortes douleurs au niveau de la rotule gauche, d'un pronostic défavorable, d'une évolution négative et d'une « persistance [...] du statut neurologique sur SPE ».
10. Une nouvelle IRM a été réalisée le 5 février 2014, à l'issue de laquelle le docteur J\_\_\_\_\_, radiologue, a observé une importante délamination du cartilage de la crête patellaire, un fibrome bénin de la métaphyse distale du fémur, une lésion de grade II de la corne postérieure du ménisque interne et une lésion oblique de la corne postérieure résiduelle du ménisque externe, associée à un œdème osseux sous-chondral.
11. Le 16 juin 2014, l'assuré a été réopéré du genou gauche (synovectomie partielle et ablation de la corne postérieure du ménisque externe).

12. Le 2 octobre 2014, le Dr I \_\_\_\_\_ a fait état, trois mois après la seconde opération, d'une forte amyotrophie du quadriceps et d'un Morton du côté gauche. Le pronostic était réservé.
13. Le 24 novembre 2014, le docteur K \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a attesté d'une chondropathie fémoro-patellaire post-opératoire et d'un échec du traitement conservateur.
14. En novembre 2014, la SUVA a reçu les fiches de salaire de l'assuré pour la période de janvier à septembre 2012, dont ressortaient les salaires bruts suivants :
  - janvier 2012 : CHF 3'355.95 (108 heures de travail) ;
  - février 2012 : CHF 3'964.25 (155 heures de travail) ;
  - mars 2012 : CHF 4'949.05 (170.5 heures de travail) ;
  - avril 2012 : illisible ;
  - mai 2012 : CHF 5'668.05 (192.5 heures de travail) ;
  - juin 2012 : CHF 5'275.15 (183.75 heures de travail) ;
  - juillet 2012 : CHF 4'521.50 (157.5 heures de travail) ;
  - août 2012 : CHF 1'983.35 (69 heures de travail) ;
  - septembre 2012 : CHF 5'102.60 (173 heures de travail).
15. Dans un rapport daté du 18 février 2015, le docteur L \_\_\_\_\_, médecin interne, a retenu le diagnostic de syndrome de la bandelette ilio-tibiale. Actuellement, une allogreffe méniscale était discutée avec l'assuré et sa famille.
16. Le docteur M \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement auprès de la SUVA, a établi un rapport le 7 avril 2015. L'assuré, alors âgé de 25 ans, était en bonne forme et son poids était normal. Les axes de ses jambes étaient rectilignes. En raison de son accident et de ses deux opérations, son ménisque externe était désormais absent. Compte tenu de son importante activité physique, il avait besoin d'une articulation du genou la plus intacte possible. À ce stade, son genou ne présentait pas encore d'arthrose, mais le retrait complet de son ménisque externe était propre à entraîner rapidement une arthrose, d'ici quelques années. L'importante incongruence articulaire, due à l'absence de ménisque externe, était responsable de ce risque d'arthrose. La prise en charge des frais afférents à une allogreffe du ménisque paraissait donc « pertinente et indiquée ».
17. Dans un rapport daté du 23 mars 2016, le docteur N \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement auprès de la SUVA, a conclu que si l'ancienne activité de ferrailleur ne pouvait plus être exigée de l'assuré, compte tenu de ses lésions méniscales et cartilagineuses engendrant un risque d'évolution vers une gonarthrose, on pouvait en revanche s'attendre à ce qu'il occupe à plein temps une profession exercée essentiellement en position assise, lui permettant

d'éviter les déplacements répétés dans les escaliers, le port répété de charges supérieures à 10 kg, les positions agenouillées et les montées d'échelles.

18. Par décision du 13 juin 2016, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après :OAI) a refusé d'accorder à l'assuré une rente d'invalidité et un reclassement professionnel, motifs pris que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée dès le 20 février 2013 et que sa perte de gain ne s'élevait qu'à 9,6%.
19. Le 14 juillet 2016, l'assuré a été opéré une nouvelle fois du genou gauche par le docteur O\_\_\_\_\_ (transplantation d'une allogreffe de ménisque latéral). Dans la lettre de sortie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), datée du 25 juillet 2016, il était mentionné des suites opératoires favorables, une cicatrice calme et des douleurs bien maîtrisées par les antalgiques, ce qui avait permis à l'assuré de rentrer à domicile le 18 juillet 2016.
20. L'assuré a séjourné une nouvelle fois aux HUG dès le 29 juillet 2016, suite à une recrudescence de douleurs au niveau du genou gauche. La lettre de sortie des HUG du 23 août 2016 faisait état d'une force musculaire relativement faible, mais d'une diminution de l'épanchement en cours de séjour, ayant permis une amélioration des amplitudes articulaires. L'assuré pouvait marcher seul avec deux cannes ainsi que monter et descendre dix-huit marches d'escaliers. En raison d'une lombo-sciatalgie du côté gauche, une IRM avait été réalisée, dont le résultat s'était révélé rassurant. Grâce à une bonne évolution clinique, l'assuré avait pu regagner son domicile le 18 août 2016. Les médecins des HUG ont insisté « quant à la nécessité d'une reconversion professionnelle chez ce jeune patient, qui [croyait] pouvoir accéder à l'AI rapidement ».
21. À l'occasion d'un entretien téléphonique avec la SUVA, le 11 octobre 2016, l'épouse de l'assuré a indiqué que son mari consultait désormais un psychiatre et qu'il s'était récemment entretenu avec le Dr O\_\_\_\_\_, lequel avait précisé qu'il fallait attendre environ une année avant que la greffe fasse effet. L'assuré poursuivait la physiothérapie et avait acheté un vélo pour son auto-rééducation. Le Dr O\_\_\_\_\_ lui avait interdit de descendre les escaliers à pied.
22. Dans un rapport du 28 février 2017, le Dr O\_\_\_\_\_ a fait état d'une évolution lentement favorable et d'un bon pronostic, six mois après la transplantation du ménisque. La durée prévisible du traitement était de dix-huit mois après l'opération. Il préconisait une réorientation professionnelle dans un métier moins physique.
23. Le 12 septembre 2017, lors d'un nouvel entretien téléphonique avec la SUVA, l'épouse de l'assuré a indiqué s'être entretenue avec un médecin ayant opéré son mari. Ce médecin ne croyait pas qu'une greffe était susceptible d'apporter une amélioration et à son sens, il s'agissait d'une intervention expérimentale. L'assuré ne voyait pas de progrès et son moral ne s'améliorait pas davantage, malgré le suivi psychiatrique. En outre, il avait toujours les mêmes limitations et des douleurs dans

le talon. Selon le Dr O \_\_\_\_\_, il fallait encore du temps pour que la guérison se fasse.

24. Dans un rapport subséquent daté du 26 février 2018, le Dr O \_\_\_\_\_ a fait état d'une petite déchirure du ménisque latéral transplanté. S'agissant des circonstances particulières ayant influencé l'évolution du traitement, il a mentionné le contexte socio-professionnel ainsi qu'une discrédance entre les plaintes et l'examen clinique. À ce jour, il n'y avait pas d'indication à réaliser une nouvelle opération.
25. Le docteur P \_\_\_\_\_ a procédé à un examen final le 20 avril 2018. L'assuré, accompagné de son épouse, parlait mieux le français que lors de ses premiers rendez-vous et était désormais père d'un enfant de 2 ans. Il poursuivait la physiothérapie, notamment deux fois par semaine en piscine, et pouvait s'y rendre seul une troisième fois par semaine. Il prenait du Brufen, du Dafalgan et mettait de la glace pour soulager ses douleurs en fin de journée. Il disait se déplacer à vélo et ne pas pouvoir marcher pendant plus de quinze minutes, sans douleurs. Il disposait d'une voiture automatique et, sans pause, il pouvait conduire environ 40 km au maximum. À la question de savoir s'il se projetait ou avait des perspectives professionnelles, on n'entendait « pas de grande expression ». Après avoir retenu le diagnostic de lésion méniscale externe, de séquelle de méniscectomie externe complète en deux temps, et d'allogreffe méniscale externe, le Dr P \_\_\_\_\_ a relevé, dans ses constatations, que la marche s'effectuait de façon relativement souple et sans boiterie, tout comme le déshabillage et le rhabillage, effectués avec une grande souplesse et une grande rapidité. La marche normale était aussi effectuée sans boiterie, tandis que l'assuré disait ne pas pouvoir marcher rapidement. La marche sur la pointe des pieds ou sur les talons était par ailleurs impossible. Les mensurations des deux membres inférieurs étaient égales. Le genou était sec et la mobilisation rotulienne douloureuse, tout comme la pression sur la rotule, qui générait une très forte douleur. Il existait un léger Lachmann, avec arrêt dur mais retardé du côté gauche, tandis qu'à droite, il était dur et sans laxité. La mobilité des articulations sus- et sous-jacentes était normale, sans laxité latérale, en comparaison avec le côté gauche. La flexion était mesurée à 130° du côté gauche et supérieure à 150° du côté droit, tandis que le talon-fesse était de 0 cm du côté droit et de 23 cm du côté gauche. Dans son appréciation, le Dr P \_\_\_\_\_ a rappelé que l'assuré, âgé de 28 ans, avait souffert d'une lésion méniscale externe, ayant nécessité à deux reprises une méniscectomie, de sorte qu'il n'avait plus de ménisque externe. Vu l'évolution des douleurs, une allogreffe avait été réalisée. Presque deux ans après cette intervention et cinq ans et demi après l'événement initial, l'état de santé était stabilisé. Il était clair que l'assuré ne pourrait plus reprendre son activité antérieure de ferrailleur. En revanche, il paraissait tout-à-fait possible que l'assuré exerce à plein temps, sans diminution de rendement, une activité lucrative permettant d'alterner les positions et de travailler en position assise, idéalement avec les jambes étendues, ne nécessitant par ailleurs ni piétinement, ni montées-descentes d'escaliers. Compte tenu du type d'intervention qui avait été pratiqué, une surveillance biannuelle demeurerait nécessaire, de même qu'une éventuelle IRM. Les

---

antalgiques de grade I pouvaient encore être pris en charge et la physiothérapie pouvait l'être encore pendant six mois, avec des « périodes d'entretien » de deux à trois fois neuf séances par année pendant deux ans. Quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le Dr P\_\_\_\_\_ l'évaluait à 5%, compte tenu « [d'] éléments d'arthrose moyenne a minima en fémoro-tibial » et du caractère potentiellement évolutif du genou à ce niveau.

26. Le 8 mai 2018, la SUVA a indiqué à l'assuré qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la poursuite du traitement une amélioration notable de l'état de santé, qu'il subsistait une capacité de travail dans une activité adaptée et qu'elle mettait donc fin au versement des indemnités journalières avec effet au 30 septembre 2018, de même qu'à la prise en charge des traitements médicaux (sous réserve de la physiothérapie et des antalgiques).
27. Le 19 octobre 2018, l'assurance-invalidité a transmis à l'assuré un préavis d'octroi d'une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1<sup>er</sup> septembre 2013 au 28 février 2018, supprimée ensuite.
28. Par décision du 10 janvier 2019, la SUVA a accordé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5% et a refusé de lui accorder une rente d'invalidité.
29. Le 11 février 2019, l'assuré a formé opposition contre cette décision, arguant qu'il demeurerait incapable d'exercer sa profession et que, compte tenu des séquelles qui subsistaient, le salaire d'invalidé retenu par l'intimée (CHF 60'665.-) était beaucoup trop élevé. Il requérait l'octroi d'une rente d'invalidité d'au moins 50%.
30. Par décision sur opposition du 21 mars 2019, la SUVA a rejeté l'opposition. Son appréciation, niant tout lien de causalité entre l'accident et d'éventuels troubles psychiques, n'était pas contestable, car l'assuré n'invoquait aucun trouble de ce genre et aucun diagnostic n'avait été posé sur ce plan, même si l'intéressé avait été suivi par un psychiatre pendant un certain temps. En tout état de cause, compte tenu de la jurisprudence et du caractère relativement peu grave de l'accident initial, un lien de causalité adéquate entre de tels troubles et l'accident devait de toute manière être nié. En relation avec les seules suites somatiques de l'accident de 2012, le Dr P\_\_\_\_\_ avait conclu que l'assuré pouvait exercer à plein temps une profession adaptée à ses limitations fonctionnelles. Évalué sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), le revenu d'invalidé s'élevait à CHF 60'665.-. Ce revenu tenait compte du niveau de compétence 1 de l'ESS, de l'indexation et d'un abattement de 10% lié aux limitations fonctionnelles. Cet abattement ne prêtait pas le flanc à la critique, car il tenait compte des limitations fonctionnelles définies par le Dr P\_\_\_\_\_ dans son rapport final. S'agissant enfin du revenu sans invalidité, faute d'avoir pu obtenir le moindre renseignement de la part de la société qui employait jadis l'assuré, en raison de sa faillite, la SUVA l'avait évalué à CHF 66'155.- sur la base de la Convention nationale du secteur principal de la construction en Suisse 2016-2018 (ci-après : CN), conformément au décompte suivant :

---

Salaire de base annuel :	CHF 4'548 x 12	= CHF 54'576.-
Pauses :	CHF 4'548 x 2.9% x 12	= CHF 1'582.70
13 <sup>ème</sup> salaire :	CHF 4'548	= CHF 4'548.-
Indemnité journalière :	CHF 24.- x (252 j. – 25 j.)	= CHF 5'448.-
Total		= CHF 66'154.70

La comparaison des revenus avec et sans invalidité mettait en évidence une perte de gain de 8.3% seulement, de sorte que l'assuré ne pouvait prétendre à une rente.

31. Par acte du 6 mai 2019, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision sur opposition du 21 mars 2019 et à l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 71%, sous réserve d'amplification, « ainsi qu'à toutes autres prestations légales ».

S'agissant du revenu sans invalidité, la CN prévoyait une durée hebdomadaire du travail de 41 heures et les heures supplémentaires accomplies à Genève entre 6 et 18 heures donnaient droit à un supplément de 25% si le travailleur avait renoncé à une compensation sous forme de temps libre. En l'occurrence, son horaire de travail habituel dans l'entreprise était de 45 heures par semaine. Il effectuait donc 4 heures supplémentaires par semaine, non compensées par du temps libre, ce qui donnait lieu à une majoration de 25% ; cela n'avait pas été pris en compte par la SUVA. En tenant compte dans ses calculs d'un salaire horaire de CHF 25.85, la SUVA était partie à tort du principe que l'horaire normal de travail dans l'entreprise était de 41 heures par semaine ( $\text{CHF } 4'548.- / 25.85 / 4.33 = 41$ ). Il convenait donc d'ajouter au salaire calculé par la SUVA 4 heures par semaine rémunérées à CHF 32.30 ( $\text{CHF } 25.85 \times 125\% = \text{CHF } 32.30$ ), ce qui donnait CHF 559.90 par mois et CHF 6'718.80 par année, d'où un salaire annuel de CHF 61'295.-. Cette différence de salaire annuel devait se répercuter sur les autres composantes du salaire, ce qui aboutissait en définitive au calcul suivant :

Salaire de base annuel :	CHF 54'576.- + CHF 6'718.80	= CHF 61'295.-
Pauses :	CHF 61'295.- x 2.9%	= CHF 1'783.70
13 <sup>ème</sup> salaire :	CHF 61'295.- / 12	= CHF 5'108.-
Vacances :	CHF 61'295 x 10.64%	= CHF 6'521.80
Jours fériés	CHF 61'295 / 365 j. x 9 j.	= CHF 1'511.40
Indemnité forfaitaire	CHF 24.- x (252 j. – 25 j.)	= CHF 5'448.-
Total		= CHF 81'668.-

S'agissant du revenu d'invalidité, l'intimée s'était référée à la table statistique valable pour un homme réalisant une activité professionnelle, toutes catégories confondues. Or, cette table couvrait le secteur de la production, dans lequel il ne pouvait plus travailler, ainsi que celui des services, dont certaines professions

---

étaient soit incompatibles avec son état de santé, soit inatteignables en raison de sa méconnaissance de la langue française et de son absence de diplôme suisse. Il n'avait notamment pas les capacités d'exercer des activités de service spécialisées, à l'instar des activités financières, scientifiques, de service administratif ou de soutien. Il convenait donc de se référer au salaire du secteur des services, qui, une fois indexé jusqu'en 2018 et adapté à la durée normale du travail de 41.7 heures par semaine, s'élevait tout au plus à CHF 62'696.-. En outre, il convenait de porter l'abattement à 25% pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles importantes, de sa nationalité étrangère, de sa méconnaissance du français, de son absence de formation et de son faible nombre d'années de services.

S'agissant de la capacité de travail, le recourant se disait circonspect quant aux constatations du Dr P\_\_\_\_\_, dès lors qu'il ne voyait pas quelle profession il pourrait exercer avec les jambes étendues, en-dehors d'un emploi de bureau, pour lequel il n'avait pas les connaissances nécessaires. En outre, il relevait que, dans le cadre de sa procédure en matière d'assurance-invalidité, il avait entamé un stage auprès des EPI, lequel avait dû être réduit à 50%, en raison de ses douleurs et de ses limitations, ce qui démontrait qu'au regard de ses seuls troubles somatiques, sa capacité de travail n'excédait pas 50%, même dans une activité adaptée. Finalement, il convenait d'évaluer sa capacité de travail également au regard des troubles psychiques, dans la mesure où son accident pouvait être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne et qu'il remplissait plusieurs critères jurisprudentiels permettant d'admettre une relation de causalité adéquate avec celui-ci, à savoir la durée anormalement longue du traitement médical, les douleurs physiques persistantes, les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles accidentelles (compte tenu du fait que son allogreffe était considérée par certains médecins comme une intervention de nature expérimentale), les difficultés apparues au cours de la guérison et le degré, respectivement la durée, de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

32. Dans sa réponse du 4 juillet 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours. Contrairement à ce que prétendait le recourant, elle avait évalué le revenu sans invalidité sur la base de la CN, laquelle était applicable puisque l'assuré avait exercé une profession – ferrailleur – entrant dans son champ d'application. C'était à tort que le recourant chiffrait son revenu sans invalidité en se référant à la Convention collective de travail du second œuvre romand. Selon la CN, le total déterminant, contraignant pour tout le territoire conventionnel, des heures annuelles de travail s'élevait à 2'112 heures. Si le recourant se prévalait d'heures supplémentaires, motif pris que l'horaire habituel de travail dans son ancienne entreprise était de 45 heures, il ne produisait toutefois aucune preuve propre à attester d'heures supplémentaires rémunérées au sens de la CN. De surcroît, les fiches de salaire versées au dossier pour les mois de février à juillet 2012 témoignaient d'une moyenne de 171 heures par mois (1026 heures / 6 mois), nombre inférieur aux 176 heures (2112 heures / 12 mois) permises par la CN. En procédant à un nouveau calcul du revenu sans invalidité sur la base de la CN,

---

identique à celui figurant dans sa décision sur opposition (hormis en ce qui concernait l'indemnité journalière, laquelle était de CHF 25.- et non de CHF 24.-), elle parvenait à un revenu sans invalidité de CHF 66'381,70 ( $[\text{CHF } 4'548.- \times 12] + [\text{CHF } 4'548.- \times 2,9\% \times 12] + [\text{CHF } 25.- \times 227] + \text{CHF } 4'548.- = \text{CHF } 66'381,70$ ).

S'agissant du revenu d'invalidité, il était justifié, au regard de la jurisprudence, de se référer à la ligne « total », niveau de compétence 1, de l'ESS 2016 (tableau TA1\_tirage\_skill\_level). En effet, le niveau de compétences 1 n'exigeait ni formation, ni expérience professionnelle et s'appliquait aux assurés qui conservaient une capacité de travail dans des travaux légers. En outre, le Tribunal fédéral avait jugé qu'il fallait se référer à la ligne « total » du tableau TA1 et pas seulement au secteur des services, dans le cas d'un assuré atteint au niveau de la main gauche, qui avait travaillé pendant plus de 25 ans dans la restauration. L'abattement de 10% n'était pas critiquable, puisque, dans le cadre du niveau de compétences 1, l'absence de formation, tout comme le faible nombre d'années de service, n'étaient pas propres à jouer un rôle significatif sur les perspectives salariales, tandis que la méconnaissance du français constituait un facteur étranger à l'invalidité. Le statut d'étranger ne justifiait pas non plus un abattement dès lors qu'avant d'être devenu invalide, l'assuré avait rejoint les salaires usuels de la branche pour les citoyens suisses.

S'agissant de la capacité de travail, le recourant ne contestait pas les limitations fonctionnelles définies par le Dr P\_\_\_\_\_ et ne faisait valoir aucun élément objectif propre à remettre en cause la pleine capacité de travail retenue par ce médecin. Il se limitait à évoquer le fait que son stage aux EPI avait été « réduit de 50% à la demande des professionnels des EPI », toutefois sans produire d'éléments médicaux à l'appui du taux allégué de 50%. En outre, selon la jurisprudence, les données médicales l'emportaient sur les constatations faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle. Enfin, il n'y avait pas lieu de tenir compte de troubles psychiques invalidants, faute de diagnostic psychiatrique.

33. Le recourant a répliqué le 5 août 2019. S'agissant du calcul du revenu sans invalidité, c'était par erreur qu'il s'était référé à la Convention collective de travail du second œuvre romand et son horaire de travail était bien de 45 heures par semaine, comme en témoignaient la déclaration d'accident et les renseignements transmis par l'entreprise. Le fait que la CN stipulait un total d'heures annuelles de travail de 40,5 heures par semaine importait peu, dans la mesure où cette convention prévoyait, comme dérogation, la possibilité de fixer un calendrier de 45 heures hebdomadaires au maximum. L'assuré avait droit à 4,5 heures supplémentaires par semaine payées à 125%, d'où un complément de salaire de CHF 7'539.- par an, qui, une fois ajouté au salaire de base de CHF 54'576.- ( $\text{CHF } 4'548 \times 12$ ), donnait un salaire annuel de CHF 62'115.-. À ce montant, il fallait encore ajouter des pauses de CHF 1'803,40 ( $2,9\% \times \text{CHF } 62'115.-$ ), une indemnité journalière forfaitaire pour déplacements et repas de CHF 5'675.- ( $227 \times \text{CHF } 25.-$ ), une indemnité de vacances de CHF 6'584,20 ( $10,6\% \times \text{CHF } 62'115.-$ ), et un 13<sup>ème</sup>

---

salaire de CHF 5'725,85 (8,3% x [CHF 62'115.- + CHF 1'196,20 + CHF 5'675.-]), ce qui conduisait en définitive à un revenu sans invalidité de CHF 83'098.-. Si l'intimée avait estimé que l'annualisation du gain réalisé ne devait pas inclure les indemnités vacances et jours fériés, afin qu'elles ne soient pas comptabilisées deux fois, elle n'avait toutefois pas tenu compte desdites indemnités dans son calcul.

Pour le reste, sa capacité de travail n'excédait pas 50% dans une activité adaptée, comme en témoignait un rapport des EPI annexé à sa réplique, dont il ressortait une productivité péjorée et des douleurs nécessitant parfois qu'il puisse réduire son temps de travail. Par ailleurs, il ressortait d'un rapport du docteur Q\_\_\_\_\_, également annexé à sa réplique, qu'il souffrait d'un état dépressif récurrent, pour lequel il existait « une causalité assez cohérente [avec] l'accident initial [...] » et qui justifiait également une limitation à 50% de sa capacité de travail. Comme il l'avait exposé dans son recours, plusieurs critères jurisprudentiels commandaient de reconnaître l'existence d'un lien de causalité adéquate entre ses troubles psychiques et l'accident. Le recourant a joint :

- un « questionnaire pour l'employeur » daté du 4 juin 2013, dans lequel l'ancien employeur a indiqué que, suite à son accident, l'assuré avait été en arrêt de travail depuis le 28 septembre 2012, qu'il avait été licencié avec effet au 31 décembre 2012, en raison d'une incompatibilité de comportement et que son horaire de travail normal dans l'entreprise était de 45 heures par semaine ;
- un rapport daté du 15 avril 2019, émanant des Établissements publics pour l'intégration (ci-après : les EPI), relatif à un stage d'évaluation accompli par l'assuré du 18 mars au 12 avril 2019 et dont ressortait notamment l'extrait suivant : « [...] Notre stage a montré que le stagiaire rencontre des difficultés physiques qui se traduisent par de l'absentéisme occasionnel et nécessite la possibilité de pouvoir réduire son temps de travail en fonction de l'intensité de ses douleurs, même dans une activité adaptée. Ces adaptations rendent une intégration dans le marché primaire du travail actuellement très peu réaliste. D'autre part, le stagiaire rencontre d'importantes difficultés d'apprentissage liées à un niveau de français insuffisant, qui rend l'accès à certaines formations et/ou l'accès à certains postes de travail très problématique. S'il en a le droit, l'aide de l'AI pour sa réinsertion serait précieuse (dit qu'il a fait opposition à une décision récente). Toutefois, dans un premier temps, nous pensons que seule l'intégration dans un atelier adapté du marché secondaire de l'emploi apparaît actuellement réaliste et réalisable. Un stage professionnel en entreprise n'est pas à envisager » ;
- un rapport établi le 25 juin 2019 par le docteur Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie : « [n]ous suivons [l'assuré] depuis le 15 novembre 2016. Il est aussi suivi régulièrement par Monsieur R\_\_\_\_\_, psychologue-psychothérapeute. Diagnostics sur le plan psychique : état dépressif récurrent (F 33.2). Initialement, l'état dépressif a été réactionnel au choc initial, puis aux séquelles physiques (F 06.32). Limitations fonctionnelles :

en dehors des limitations fonctionnelles physiques, nous décrivons ici les limitations fonctionnelles psychiques, bien qu'il y ait une intrication entre les deux. En effet, il peut exister un aspect dépressif des douleurs, comme une péjoration algique entretenue par l'état dépressif. Il montre en particulier : une irritabilité, une tension, une crispation, une impatience, une tristesse, des aspects pouvant évoquer une dépression hostile. Il montre aussi une apathie, la tension psychique est alimentée par les douleurs physiques et le manque de mobilité, la réduction d'amplitude des mouvements. Il existe une auto-dépréciation en corrélation avec les limitations : incapable de porter des charges lourdes, donc incapable de porter son fils. Son incapacité entraîne une forme de culpabilité, de ne plus pouvoir assumer seul. L'aspect dépressif réactionnel est constant et fluctuant. L'activité antérieure de ferrailleur n'est plus possible sous l'angle psychiatrique. Une activité adaptée est envisageable, après analyse des restrictions physiques. Une activité adaptée est possible, dans un plafond de 50%. L'évaluation faite aux EPI est démonstrative de ce taux. Le rendement peut être réduit, en particulier en raison des troubles de concentration, d'attention et du ralentissement. Pour nous, il existe une causalité assez cohérente entre l'accident initial et les troubles psychiques actuels : l'invalidation causée, les séquelles physiques, en particulier les douleurs ont durablement agi sur le plan psychologique avec apparition d'une dépression, entretenue toujours actuellement par les mêmes symptômes physiques. Le sentiment d'impuissance face à ces troubles, les positions antalgiques obligées, la chronicisation des problèmes. La dégradation observée, avec un sentiment de manque de reconnaissance, ont aussi été délétères ».

34. L'intimée a dupliqué le 27 septembre 2019. Il n'était pas établi au degré de vraisemblance requis que le recourant avait fourni régulièrement des heures supplémentaires. De surcroît, la majoration de 25% invoquée par le recourant ne valait, selon la CN, qu'au-delà de 48 heures de travail, de sorte qu'il était faux de vouloir majorer 4.5 heures de travail entre la 40,5<sup>ème</sup> et la 45<sup>ème</sup> heure de travail. En toute hypothèse, on ne pouvait de toute façon pas suivre le recourant lorsqu'il revendiquait un horaire de travail de 45 heures hebdomadaires, tel que mentionné dans sa déclaration de sinistre. La CN prévoyait une durée du travail de 40,5 heures, respectivement un total d'heures annuelles de travail déterminant de 2'112 heures (176 heures x 12 mois = 40,5 heures x 52,14 semaines). Les 2'112 heures correspondaient donc à une année de travail pour un ouvrier de la branche. Lorsque le nombre d'heures de travail fluctuait de mois en mois, il fallait que la durée moyenne du travail n'excède pas 40,5 heures par semaine ou 2'112 heures réparties sur l'année. Tel était le cas en l'espèce, car il ressortait des fiches de salaires de février à juillet 2012 un nombre d'heures mensuel moyen de 171 heures, inférieur aux 176 heures prévues par la CN. Même en procédant au calcul souhaité par le recourant, l'intimée ne parvenait pas à un revenu sans invalidité différent : les 2'112 heures annuelles correspondaient à un temps de travail brut, avant déduction des vacances et des jours fériés. En déduisant les vacances (5 semaines à 40,5 heures

---

chacune, soit 202 heures) et les jours fériés de l'année 2018 tombant sur un jour ouvrable (neuf jours comprenant chacun 8,1 heures, soit 72,9 heures), on obtenait 1'836,60 heures de travail par année. Au salaire horaire de base de CHF 25,85, il convenait d'ajouter un supplément de 10,6% pour les cinq semaines de vacances, un forfait de 3,96% pour les jours fériés (100 x [9 jours fériés / 227 jours travaillés par année]) ainsi qu'une pause rémunérée à hauteur de 2,9% du salaire brut. Le salaire s'élevait donc à CHF 30,36 par heure (25,85 + [25,85 x (10,6% + 3,96%) + (25,85 x 2,9%)]), c'est-à-dire à CHF 55'759.- par année (30,36 x 1836,60 heures). Finalement, en ajoutant la part du 13<sup>ème</sup> salaire, soit 8,33% (CHF 4'644,74) et l'indemnité forfaitaire journalière de CHF 25.-, représentant un montant de CHF 5'675.- (227 jours x 25), le salaire annuel sans invalidité s'élevait à CHF 66'078.-. Le raisonnement du recourant était donc incorrect.

S'agissant du rapport des EPI, la jurisprudence prévoyait que les données médicales permettaient généralement une appréciation plus objective et l'emportaient, en principe, sur les constatations faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles étaient susceptibles d'être influencées par le comportement de l'assuré. Il ressortait dudit rapport une réduction du temps de travail en fonction des douleurs et d'importantes difficultés d'apprentissage, liées à un niveau de français insuffisant. Ce rapport ne remettait toutefois pas en cause les limitations fonctionnelles énoncées par le Dr P\_\_\_\_\_.

S'agissant enfin des troubles psychiques invoqués, ils n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident. On était en présence d'un accident de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité, de sorte que, pour admettre une relation de causalité, il fallait un cumul de quatre critères jurisprudentiels au moins ou que l'un d'eux se manifeste avec une intensité particulière. Dans le cas du recourant, seuls un voire deux critères étaient réalisés (ceux de l'incapacité de travail et éventuellement des douleurs physiques persistantes), sans l'être de manière marquée. Le recourant se bornait à alléguer que divers critères étaient remplis, sans fournir la moindre motivation à l'appui de son point de vue. De son côté, l'intimée relevait, au sujet du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, qu'au vu de la jurisprudence, il n'y avait pas eu de traitement pénible et invasif, car les trois interventions effectuées chez l'assuré étaient espacées dans le temps et n'avaient nécessité que des hospitalisations de courte durée ainsi que des mesures essentiellement conservatrices. Le critère des erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles accidentelles n'était pas davantage rempli : suite à la torsion du genou gauche, l'IRM pratiquée en octobre 2012 avait mis en évidence des lésions méniscales de grades II et III. En avril 2015, le médecin d'arrondissement avait relevé que le ménisque externe était désormais absent, suite aux deux opérations effectuées, et que l'assuré avait besoin d'une articulation du genou la plus intacte possible, vu son activité physique importante. Afin de prévenir une arthrose, il avait considéré qu'une allogreffe méniscale était indiquée. Près de deux ans après cette intervention, l'état de santé était stabilisé, ce que le recourant ne contestait pas. On

ne pouvait pas davantage admettre le critère d'une complication importante, dont l'admission supposait l'existence de motifs particuliers ayant entravé la guérison. Enfin, il était douteux que le critère des douleurs physiques persistantes soit rempli, car lors de l'examen d'avril 2018, l'assuré avait déclaré prendre du Brufen et du Dafalgan – soit des antalgiques de grade I – et présenter des douleurs en fin de journée.

35. L'intimée a joint à sa duplique une appréciation psychiatrique établie le 9 septembre 2019 par le docteur S\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie et médecin d'arrondissement, dont il ressortait l'extrait suivant :

« [...] À l'aune des éléments à disposition et notamment du rapport du Dr Q\_\_\_\_\_ du 26 juin 2019, peut-on reconnaître que les troubles psychiques dont souffre [l'assuré] sont en lien de causalité naturelle (possible, probable) avec l'accident du 28 septembre 2012 ?

Oui, du point de vue de la psychiatrie des assurances, une causalité partielle naturelle des troubles psychiques avec l'accident du 28 septembre 2012 est établie au degré de la vraisemblance prépondérante.

Dans l'affirmative, doit-on considérer que les troubles psychiques entraînent une diminution de la capacité de travail et/ou une baisse de rendement ? Merci de préciser les taux.

Non. Le rapport des EPI ne mentionne pas de limitations fonctionnelles psychiques affectant la capacité de travail qui pourraient justifier une limitation de la capacité de travail en plus des limitations somatiques ».

36. Cette écriture a été transmise au recourant, pour information, le 19 octobre 2019. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

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

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable (art. 1 al. 1 LAA).
3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7<sup>ème</sup> jour avant au 7<sup>ème</sup> jour après Pâques et du report du terme du délai - échéant un dimanche - au premier jour ouvrable suivant, le recours est

---

recevable (art. 38 al. 4 let. a, 56 et 60 LPGA; art. 89B et 89C let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]).

4. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

En l'espèce, au vu de la décision attaquée et du recours, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, singulièrement sur l'évaluation de son degré d'invalidité. En revanche, le recourant ne conteste pas le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui lui a été accordée.

5. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel ou non professionnel. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).
- b. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. Il faut que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1).
- c. En présence d'affections psychiques, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat des troubles psychiques consécutifs à un accident. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 139 consid. 6, 407 s. consid. 5).

Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut

---

prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues en cours de guérison et les complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Dans l'éventualité d'un accident de gravité moyenne, le juge des assurances ne peut admettre la causalité adéquate que si l'un des critères retenus s'est manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident, ou si ces critères déterminants se trouvent soit cumulés, soit réunis d'une façon frappante (arrêt du Tribunal fédéral U 53/01 du 16 octobre 2001, consid. 4).

6. Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

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 (art. 19 al. 1 LAA).

7. a. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).
- b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment

---

déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 p. 224 et la référence). Le salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré comprend tous les revenus d'une activité lucrative (y compris les gains accessoires, la rémunération des heures supplémentaires effectuées de manière régulière) soumis aux cotisations AVS (cf. UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3<sup>ème</sup> édition 2015, n° 28 ad art. 16 LPGa et les références citées ; le même in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Sécurité sociale, 3<sup>ème</sup> édition 2016, n. 45 p. 292 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_449/2015 du 6 avril 2016 consid. 3).

Ne font en revanche pas partie du revenu déterminant les frais accessoires au salaire qui sont à la charge de l'employeur et qui ne sont pas soumis aux cotisations AVS. Il en va de même des allocations familiales et des remboursements de frais, qui ne sont pas compris dans la notion de revenu d'une activité lucrative au sens de l'AVS (art. 6 al. 2 let. f et 9 al. 1 du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants - RAVS ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 259/04 du 7 juillet 2005 consid. 6.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_278/2010 du 26 mai 2010 consid. 2.3 ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI) – Commentaire thématique, 2011, n°2066).

c. S'agissant du revenu d'invalidité, il doit aussi être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère qu'il 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 (ESS), publiée par l'office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321, consid. 3b/aa), ou des données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT). Dans la première hypothèse, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa p. 323). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidité et que le secteur en question est adapté et exigible (arrêt 9C\_237/2007 du 24 août 2007 consid. 5.1, non publié aux ATF 133 V 545, et les références citées).

d. Depuis l'ESS 2012, certains tableaux qui servent de documents de référence pour l'assurance-invalidité ne se présentent plus sous la même forme qu'auparavant. En particulier, des « niveaux de compétences » remplacent les « niveaux de qualifications requises pour le poste de travail ». Ces niveaux de compétences ont été définis en fonction du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle. Le niveau 1 constitue désormais le niveau de compétence le plus bas (alors qu'il correspondait auparavant au niveau des qualifications le plus élevé), et le niveau 4 le niveau de compétences le plus élevé (alors qu'il était le niveau des qualifications le plus bas). Le niveau 1 de l'ESS 2012 correspond donc au niveau de qualifications 4 des ESS établies jusqu'en 2010 (office fédéral des assurances sociales, lettre circulaire AI n° 328 du 22 octobre 2014).

e. En ce qui concerne le taux d'abattement, la mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc p. 79 s.). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 126 V 75 consid. 5b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_883/2015 du 21 octobre 2016 consid. 6.2.1 et les références).

8. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

b. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la

---

Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

9. Dans le cas particulier, il convient en premier lieu de se prononcer sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident de 2012 et les troubles psychiques invoqués par le recourant (état dépressif récurrent), tels qu'ils ressortent notamment d'un rapport établi par le Dr Q\_\_\_\_\_ en juin 2019.

a. En l'occurrence, le recourant a expliqué que le 28 septembre 2012, alors qu'il travaillait sur un chantier et portait de longues planches sous le bras droit, sa jambe gauche était tombée dans un trou, ce qui lui avait occasionné des éraflures au niveau du tibia gauche, des côtes droites, et des douleurs au niveau du genou, jusque dans la hanche gauche. L'assuré a consulté le jour-même le Dr C\_\_\_\_\_, lequel a retenu un diagnostic de « contusion entorse lombaire ; genou gauche ; thoracique » et fait état, notamment, de griffures de la hanche gauche, de la jambe gauche et du thorax, mais également de douleurs du ligament latéral interne (LLI) du genou, d'une tuméfaction et d'un dos bloqué, avec des douleurs L4-L5. Au regard de son déroulement et de ses conséquences, la gravité de l'accident doit tout au plus être qualifiée de moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité. Dans un tel cas de figure, pour que l'on puisse admettre le caractère adéquat de l'atteinte psychique, il faut un cumul de quatre critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence ou que l'un des critères se manifeste avec une intensité particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_775/2017 du 13 juin 2018 consid. 5.3 et la référence).

b. Considérées objectivement, les circonstances de l'accident ne peuvent être qualifiées de dramatiques ou de particulièrement impressionnantes. Les lésions dont il est question, à savoir essentiellement des contusions, des éraflures et, selon le bilan IRM, des lésions méniscales du genou gauche (déchirures de grades III, respectivement II, des cornes postérieures du ménisque externe et interne), ne sont pas propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. Le critère de la gravité des lésions physiques n'est pas réalisé.

c. En ce qui concerne le traitement médical, on rappellera que l'aspect temporel n'est pas seul décisif ; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (arrêt 8C\_533/2017 du 17 avril 2018 consid. 3.3 et les références). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêt 8C\_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 5.2.2 et la référence). La jurisprudence a notamment nié que ce critère fût rempli dans le cas d'un assuré dont le traitement médical du membre supérieur accidenté avait consisté en plusieurs opérations chirurgicales et duré deux ans (arrêt U 37/06 du 22 février 2007 consid. 7.3). En l'espèce, l'assuré a certes subi trois interventions chirurgicales en 2013, 2014 et 2016. Il convient cependant de relever que le traitement médical n'a

---

consisté qu'en des mesures conservatrices (séances de physiothérapie, vélo, antalgiques et infiltrations, électrostimulation [Compex]), ce qui ne saurait être considéré comme un traitement pénible et invasif sur une longue durée (voir a contrario, pour un cas où ce critère a été admis, l'arrêt du Tribunal fédéral 8C\_818/2015 du 15 novembre 2016 consid. 6.2). Par ailleurs, aucune pièce au dossier ne fait état d'une hospitalisation de longue durée. On ne peut dès lors pas parler d'une durée anormalement longue du traitement médical.

d. Par ailleurs, le recourant n'a pas été victime d'erreurs dans le traitement médical, entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident. Dans la lettre de sortie des HUG du 25 juillet 2016, les suites post-opératoires ont été jugées favorables et les douleurs « bien maîtrisées », ce qui a permis à l'assuré de retourner à domicile quatre jours après l'intervention. L'allégation du recourant selon laquelle l'allogreffe du ménisque serait considérée par « certains médecins » – il s'agit en réalité d'un seul médecin – comme une intervention de nature expérimentale ne permet pas de conclure que ce geste chirurgical constituerait une erreur médicale. La note d'entretien téléphonique à laquelle l'intéressé se réfère fait seulement état de doutes qu'aurait exprimé l'un de ses médecins sur le bénéfice thérapeutique qu'une allogreffe était susceptible d'apporter (« [...] il ne croyait pas que cette opération de greffe puisse apporter une amélioration, pour lui il s'agit d'une intervention expérimentale »). Cela ne suffit pas pour autant à démontrer que le choix de pratiquer cette intervention relèverait d'une erreur médicale.

e. S'agissant du critère des difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes, il doit exister des motifs particuliers ayant entravé la guérison, et ce même s'il n'a pas été possible de supprimer les douleurs de l'intéressé, ni même de rétablir une capacité de travail entière (cf. arrêt 8C\_196/2016 du 9 février 2017 consid. 5.4 et les références). En l'occurrence, les rapports établis par le Dr I\_\_\_\_\_ en décembre 2013 et janvier 2014, suite à la première opération (ménisectomie externe), font état de fortes douleurs au niveau de la rotule gauche, d'un pronostic défavorable, d'une évolution négative et d'une « persistance [...] du statut neurologique sur SPE ». L'IRM réalisée en février 2014 a montré, entre autres, une importante délamination du cartilage de la crête patellaire, un fibrome bénin de la métaphyse distale du fémur, une lésion de grade II de la corne postérieure du ménisque interne et une lésion oblique de la corne postérieure résiduelle du ménisque externe, associée à un œdème osseux sous-chondral. Suite à la seconde intervention chirurgicale (synovectomie partielle et ablation de la corne postérieure du ménisque externe), le Dr I\_\_\_\_\_ a fait état, en octobre 2014, d'une amyotrophie du quadriceps et d'un Morton du côté gauche, tandis que le Dr K\_\_\_\_\_ a attesté, en novembre 2014, d'une chondropathie fémoro-patellaire post-opératoire et d'un échec du traitement conservateur. Pour le reste, les suites opératoires de la troisième intervention (transplantation d'une allogreffe de ménisque latéral) ont été jugées favorables. Compte tenu des troubles mis en évidence suite à la première opération, notamment au niveau du cartilage, on pourrait éventuellement admettre que l'assuré a subi des difficultés en cours de

guérison, voire des complications importantes. Ce critère n'a toutefois pas revêtu une intensité particulière.

f. Quant au critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail, il doit se rapporter aux seules lésions physiques et ne se mesure pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi, il n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_208/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.1.2). Cela étant dit, les avis exprimés par les médecins d'arrondissement en mars 2016 et avril 2018, selon lesquels le recourant est objectivement en mesure d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sont intervenus plus de trois ans, respectivement plus de cinq ans après l'accident, ce qui constitue une durée relativement longue. À l'instar de l'intimée, on peut considérer que ce critère est réalisé, toutefois sans l'être de manière frappante.

g. S'agissant enfin du critère de la persistance des douleurs physiques, il peut être admis, comme le concède d'ailleurs l'intimée. Il n'a toutefois pas non plus revêtu une intensité particulière. En effet, il ne ressort pas des déclarations de l'assuré qu'il aurait été constamment et de manière significative entravé dans sa vie quotidienne en raison de ses douleurs (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_277/2019 du 22 janvier 2020 consid. 5.5).

h. En fin de compte, seuls trois critères tout au plus sur les quatre requis sont réalisés en l'espèce. Aucun d'entre eux ne l'est d'une manière marquée. Cela est insuffisant pour que l'accident du 28 septembre 2012 soit tenu pour la cause adéquate des troubles psychiques du recourant.

10. À ce stade, il convient de se prononcer sur la capacité de travail du recourant, au regard de ses seuls troubles somatiques. La décision attaquée, fondée sur le rapport final établi par le Dr P\_\_\_\_\_ en avril 2018, la juge entière dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

a. La chambre de céans constate que le rapport final du Dr P\_\_\_\_\_, bien que succinct, a été établi en pleine connaissance du dossier, relate les plaintes de l'assuré et repose sur un examen clinique complet. Ses conclusions, attestant d'une pleine capacité de travail dans toute activité permettant d'alterner les positions et de travailler en position assise, idéalement avec les jambes étendues, ne nécessitant par ailleurs ni piétinement, ni montées et descentes d'escaliers, sont motivées et exemptes de contradictions, de sorte qu'il satisfait aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

De ce rapport, il ressort notamment que le genou de l'assuré est sec, que la mobilité des articulations sus- et sous-jacentes est normale et la marche est relativement souple, sans boiterie. De son côté, l'assuré indique qu'il se déplace à vélo, qu'au-delà de quinze minutes, la marche génère des douleurs et qu'avec sa voiture automatique, il peut conduire, sans pause, environ 40 km au maximum. Contre les

douleurs, il utilise du Brufen, du Dafalgan et de la glace. Dans ce contexte, on ne voit pas que le recourant, qui est encore jeune (NDR : il était âgé de 28 ans au moment de l'examen du Dr P\_\_\_\_\_), soit empêché d'exercer une activité sédentaire légère, permettant d'épargner sa jambe gauche. Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, il faut plutôt admettre qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées à ses problèmes de genou.

b. Les conclusions du Dr P\_\_\_\_\_ convergent avec celles du Dr N\_\_\_\_\_, dont le rapport de mars 2016 jugeait également exigible l'exercice, à plein temps, d'une activité adaptée. Elles rejoignent également le point de vue exprimé par le chirurgien de l'assuré, le Dr O\_\_\_\_\_, lequel a préconisé, dans son rapport de février 2017, une reconversion professionnelle dans une activité moins physique que la profession antérieure. Les médecins des HUG se sont également prononcés en faveur d'une reconversion professionnelle, dans un rapport établi en août 2016.

c. S'agissant du rapport des EPI invoqué par le recourant, daté du 15 avril 2019, ses conclusions divergent certes, à première vue, de celles des Drs P\_\_\_\_\_, N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_, puisqu'il relate que l'intéressé a besoin de réduire son temps de travail en fonction de ses douleurs et que son intégration sur le marché primaire du travail semble irréaliste à ce stade, tout en préconisant par ailleurs une aide de l'assurance-invalidité en vue d'une réinsertion professionnelle. Cela étant, on ne saurait attribuer à ce document une portée décisive : selon la jurisprudence, les données médicales 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). En outre, les conclusions des EPI tiennent notamment compte du fait que l'assuré « rencontre d'importantes difficultés d'apprentissage liées à un niveau de français insuffisant », ce qui, selon les EPI, rendrait problématique l'accès à certains postes ou à certaines formations. Or, l'assurance-accidents n'a pas à répondre de la diminution de la capacité de gain due à des facteurs étrangers à l'atteinte à la santé, tels que des difficultés linguistiques (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 388/01 du 2 décembre 2002 consid. 2.2).

d. Quant au rapport du Dr Q\_\_\_\_\_ de juin 2019, produit par l'assuré à l'appui de son recours, il ne permet pas davantage de s'écarter des conclusions des médecins d'arrondissement. Ce psychiatre, qui suit l'assuré depuis novembre 2016, a certes considéré que la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée était limitée à 50%, en raison d'un état dépressif récurrent (F 33.2). Toutefois, la responsabilité de l'assureur-accidents se limite aux seules atteintes qui se trouvent en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident (ATF 119 V 337 consid. 1 et les références). Comme cela a déjà été exposé, la chute qu'a subie l'assuré en septembre 2012 n'a entraîné que des contusions, des éraflures et des lésions méniscales du genou gauche. En l'absence d'une relation de causalité adéquate

---

avec l'accident du 28 septembre 2012, l'intimée ne répond pas des troubles psychiques qui, selon le Dr Q\_\_\_\_\_, limiteraient la capacité de travail.

e. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans se rallie aux conclusions des médecins d'arrondissement de la SUVA, qui coïncident avec l'avis du Dr O\_\_\_\_\_ et des médecins des HUG. Il en résulte, au degré de la vraisemblance prépondérante, une capacité de travail nulle dans l'activité antérieure de ferrailleur mais entière, sous l'angle somatique, dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles, depuis le 18 avril 2018 au plus tard, date de l'examen du Dr P\_\_\_\_\_.

11. À ce stade, il convient de vérifier le calcul du degré d'invalidité, que l'intimée a fixé à 8,3%, sur la base d'une comparaison des gains.

a. Dans la décision sur opposition attaquée, l'intimée a estimé le revenu sans invalidité à CHF 66'155.- pour 2018 en se fondant sur la CN. Au stade de la réponse, puis de la duplique, elle a légèrement modifié son calcul pour aboutir finalement à un résultat de CHF 66'078.-. De son côté, le recourant, qui se réfère lui aussi à la CN, se prévaut d'un revenu sans invalidité de CHF 83'098.-.

Les parties divergent notamment sur la question de l'horaire habituel de travail et sur la prise en considération d'heures supplémentaires dans le calcul du revenu sans invalidité. À ce propos, le recourant soutient qu'antérieurement à l'accident, son horaire de travail était de 45 heures par semaine, ce qui impliquerait 4,5 heures de travail supplémentaire par semaine (rémunérées à 125%).

Comme cela a été précédemment exposé, le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires. Le salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré comprend tous les revenus d'une activité lucrative soumis aux cotisations AVS, y compris la rémunération des heures supplémentaires effectuées de manière régulière (cf. supra consid. 7).

En ce qui concerne la durée du travail et les heures supplémentaires, les dispositions pertinentes de la CN, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2018, sont les suivantes :

« Durée du travail

Total des heures annuelles de travail déterminant : 2'112 h/année. L'entreprise fixe la durée hebdomadaire du travail dans un calendrier qui doit être établi au plus tard en fin d'année pour l'année suivante.

Cadre de la durée journalière et hebdomadaire du travail : 37,5h (5x7,5h) au minimum, 45h (5x9h) au maximum. Dispositions détaillées concernant les dérogations.

Pause obligatoire de travail pour le canton de Genève : 15 minutes dans la matinée toute l'année (ne compte pas dans le temps de travail effectif ; payée à raison de 2,9 % du salaire brut mensuel) ».

« Heures supplémentaires

Durée hebdomadaire du travail >48 heures : supplément de 25%.

Il est permis de reporter sur le mois suivant au maximum 20 heures effectuées en plus pendant le mois en cours, pour autant et aussi longtemps que le solde total ne dépasse pas 100 heures. Toutes les autres heures supplémentaires effectuées dans le mois en cours doivent également être indemnisées à la fin du mois suivant au salaire de base.

L'employeur est autorisé à exiger du travailleur la compensation entière ou partielle du solde d'heures supplémentaires par un temps libre d'égale durée. Le solde des heures supplémentaires doit être complètement compensé jusqu'à fin mars de chaque année. Si cela n'est pas possible, le solde restant doit être indemnisé à la fin de mars avec un supplément de 25% ».

En l'occurrence, il est vrai que la déclaration de sinistre reçue par la SUVA mentionne un horaire de travail de 45 heures par semaine. Toutefois, il ne ressort pas du dossier que, dans les faits, l'assuré aurait effectué des heures supplémentaires, a fortiori de manière régulière. Comme le fait remarquer l'intimée, c'est lorsqu'un salarié travaille plus de 48 heures par semaine qu'il peut prétendre à un supplément de 25% pour ses heures supplémentaires. Selon ses fiches de salaire, l'assuré n'a pas travaillé plus de 48 heures par semaine, de sorte que c'est à tort qu'il tient compte dans son calcul de 4,5 heures de travail par semaine payées à 125%. Ensuite, la durée normale du travail prévue par la CN est annualisée et correspond à 2'112 heures par année, soit 176 heures par mois. Or, sur la base de ses fiches de salaire (abstraction faite de celle, illisible, du mois d'avril 2012), l'assuré n'a travaillé en moyenne que 151 heures par mois (1209,25 heures / 8 mois) entre janvier et septembre 2012, chiffre inférieur à la durée normale du travail prévue par la CN. Il n'y a donc pas lieu de tenir compte d'heures supplémentaires dans le calcul du revenu sans invalidité.

Selon la CN, l'assuré aurait réalisé en 2018 un salaire horaire de CHF 25,85. En outre, il aurait eu droit à une pause rémunérée à hauteur de 2,9% du salaire brut, à une indemnité de vacances de 10,64% (ce taux correspond à 5 semaines de vacances par année) et à une indemnité pour jours fériés de 3,96% (9 [jours fériés] : 227 [nombre de jours travaillés par année] x 100 = 3,96%). À ce propos, on relèvera incidemment que 9 jours fériés correspondaient à un jour ouvrable en 2018 dans le canton de Genève et que, durant cette année-là, l'assuré aurait travaillé 227 jours (365 jours - 52 [dimanches] - 52 [samedis] - 9 [jours fériés] - 25 [jours de vacances] = 227 jours). En tenant compte de ces différents suppléments, le salaire horaire s'élève à CHF 30,36 (25,85 + [25,85 x (10,6% + 3,96% + 2,9%)]).

Lorsque le salaire horaire comprend l'indemnité de vacances et l'indemnité pour jours fériés, les jours correspondants de vacances et de congés doivent être déduits du temps de travail annuel (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_401/2018 du 16 mai 2019 consid. 4.4 et les références). Par conséquent, il convient de déduire des 2'112

---

heures annuelles prévues par la CN les vacances (5 semaines à 40,5 heures chacune, soit 202,5 heures) et les jours fériés intervenus en 2018 (9 jours comprenant chacun 8,1 heures, soit 72,9 heures), ce qui donne 1'836,60 heures de travail. En multipliant cette durée par le salaire horaire (CHF 30,36), on obtient un salaire annuel de CHF 55'759.-. Il convient encore d'y ajouter le 13<sup>ème</sup> salaire de CHF 4'645.- (8,33% de CHF 55'759.-) et l'indemnité forfaitaire journalière de CHF 25.-, qui correspond à un montant de CHF 5'675.- pour l'année (227 jours x CHF 25.-). Ce faisant, on obtient un revenu sans invalidité pour 2018 de CHF 66'079.-.

On relèvera que cette évaluation paraît plutôt favorable au recourant, dès lors que, si l'on avait voulu estimer son revenu sans invalidité sur la base de ses fiches de salaire, on aurait obtenu un salaire annuel de l'ordre de CHF 52'160.- pour 2012 (CHF 34'775.- / 8 x 12), chiffre largement inférieur au revenu sans invalidité retenu par l'intimée, même en tenant compte de l'évolution des salaires.

b. S'agissant du revenu d'invalidé, l'intimée l'a fixé à CHF 60'665.- en se référant à l'ESS 2016 (tableau TA1\_tirage\_skill\_level, niveau de compétence 1) et en tenant compte d'un abattement de 10% lié aux limitations fonctionnelles. De son côté, le recourant fait valoir que cette table statistique couvre tous les secteurs professionnels, y compris celui de la production, dans lequel il estime ne plus pouvoir travailler. À son sens, il conviendrait de se référer au salaire du secteur des services et d'augmenter l'abattement à 25% pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles importantes, de sa nationalité étrangère, de sa méconnaissance du français, de son absence de formation et de son faible nombre d'années de services.

En l'occurrence, vu l'activité de substitution exigible du recourant dans un emploi adapté, le salaire de référence est bien celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau 1) dans le secteur privé, soit CHF 64'080.- par année (CHF 5'340.- x 12 ; ESS 2016, TA1\_tirage\_skill\_level, ligne total). Quoi qu'en dise le recourant, il y a lieu d'admettre qu'au regard du large éventail d'activités physiques ou manuelles simples que recouvrent les secteurs de la production et des services, un certain nombre d'entre elles correspondent à des travaux légers pouvant être effectués en position essentiellement assise (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_226/2018 du 30 janvier 2019 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 259/04 du 7 juillet 2005 consid. 6.1). Cette valeur statistique s'applique au demeurant à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers, ce qui est le cas du recourant (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_633/2017 du 29 décembre 2017 consid. 4.3). Étant donné que les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de 40 heures, soit d'une durée hebdomadaire de travail inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises (41,7 heures par semaine ; office fédéral de la statistique – statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, DNT), ce montant doit être porté à CHF 66'803.-

---

(CHF 64'080.- x 41,7 / 40), puis à CHF 67'429.- une fois indexé à 2018 selon l'évolution des salaires en termes nominaux (de 2016 à 2018, l'indice est passé de 2'239 à 2'260 ; soit CHF 66'803.- x 2'260 / 2'239). Moyennant un abattement de 10%, tel qu'évalué par l'intimé, on obtient un revenu d'invalidé de CHF 60'686.- (CHF 67'429.- x 0,9), lequel correspond à quelques francs près au chiffre retenu par l'intimée.

c. Le recourant conteste le taux d'abattement (10%) qu'a retenu l'intimée pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles. Toutefois, il ne soulève aucun argument qui permettrait de s'écarter de ce taux de 10% : pour le fixer, l'intimée a déjà tenu compte de ses limitations fonctionnelles. S'agissant du critère des années de service, il n'entre pas en considération. Selon la jurisprudence, le manque d'expérience d'un assuré dans une nouvelle profession ne constitue pas un facteur susceptible de jouer un rôle significatif sur ses perspectives salariales, lorsque les activités adaptées envisagées (simples et répétitives de niveau de compétence 1) ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique. De surcroît, tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'effectuer un abattement à ce titre (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.1). En ce qui concerne les difficultés linguistiques invoquées, il convient de relever que le niveau de qualification professionnelle retenu ne nécessite pas une bonne maîtrise d'une langue nationale (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_42/2017 du 29 juin 2017 consid. 3.4). Quant à la nationalité étrangère, elle ne joue pas de rôle en l'occurrence, dès lors que le recourant est titulaire d'une autorisation d'établissement et que les salaires statistiques sont établis en fonction de la population résidente aussi bien suisse qu'étrangère (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 700/04 du 17 janvier 2006 consid. 4.3.3 et I 764/06 du 19 juin 2007). Pour le reste, il convient de relever que le Tribunal fédéral a appliqué des réductions de 5 à 10% dans plusieurs causes impliquant des limitations fonctionnelles similaires (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_199/2017 du 6 février 2018 consid. 5.3, 8C\_227 du 17 mai 2018 consid. 5 et 8C\_800/2015 du 7 juillet 2016 consid. 3.4.3). Le taux d'abattement retenu par l'intimée ne prête donc pas le flanc à la critique.

d. En définitive, la comparaison des revenus déterminants conduit à un degré d'invalidité de 8,2%  $(66'079 - 60'686) / 66'079$ , inférieur à 10% et donc insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents (art. 18 al. 1 LAA).

12. Mal fondé, le recours est rejeté.
13. La procédure est gratuite (art. 89H al. 4 LPA).

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Nathalie LOCHER

Philippe KNUPFER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le