RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1808/2021 **ATAS/147/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 février 2022

6ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o Madame B_____, à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-DORET	recourant
contre	
SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE	intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Christine WEBER-FUX et Yda ARCE, Juges assesseures

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1952, a travaillé en tant que concierge salarié à 100% pour le compte de l'entreprise C_____ AG, tout en exerçant en parallèle une activité accessoire salariée de concierge à temps partiel pour le compte de l'entreprise D_____SA. À ce double titre, il était assuré obligatoirement contre le risque d'accident auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, ci-après : la SUVA ou l'intimée).

b. Par l'intermédiaire de son employeur, C_____ AG, l'assuré a annoncé à la SUVA que, le 17 décembre 2015, il s'était fait renverser par une camionnette en traversant la route sur un passage piéton. L'assuré a consulté le jour même le service de médecine de premier recours des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG), où des contusions du thorax, du poignet et de la main gauche lui ont été diagnostiquées. Le rapport initial des HUG précise que l'assuré a été percuté sur le côté gauche du corps et a subi un impact de basse cinétique (30-40 km/h). L'assuré s'est vu prescrire par les HUG un certificat d'arrêt de travail valable dès le 17 décembre 2015, prolongé ensuite par le docteur E_____, médecin généraliste. La SUVA a pris en charge les suites de l'accident, notamment par le versement d'indemnités journalières.

c. Le 20 avril 2016, l'assuré a été opéré au niveau du genou droit (résection de la corne postérieure du ménisque) par le docteur F_____, chirurgien orthopédiste. Le 22 juin 2016, l'assuré a été opéré par ce même chirurgien au niveau de la hanche gauche (excision de la coque d'un hématome extra-articulaire enkysté situé sur la face externe de la hanche).

d. La SUVA a recueilli l'avis de son médecin d'arrondissement, le docteur G_____, lequel s'est prononcé dans un premier rapport daté du 27 juin 2016. Suite à l'accident du 17 décembre 2015, l'assuré avait été opéré au niveau du genou droit et de la hanche gauche. La relation de causalité entre l'opération de la hanche et l'accident était certaine, et l'incapacité de travail actuellement justifiée. Une reprise professionnelle devait pouvoir être envisagée à l'avenir, mais il conviendrait d'éviter le port de charges lourdes, ainsi que les montées et descentes répétées d'escaliers. Le Dr G_____ préconisait de prendre contact avec l'entreprise afin d'évaluer si une reprise progressive du travail pouvait être mise en place, avec une aide pour le port de charges lourdes.

e. Dans un rapport du 13 septembre 2016, le Dr F_____ a fait état d'une évolution lentement satisfaisante de la hanche gauche, avec une diminution des douleurs mais un périmètre de marche demeurant limité.

f. Par décision entrée en force du 22 novembre 2016, la SUVA, se ralliant à une appréciation émise par le docteur H_____, médecin d'arrondissement, a informé l'assuré qu'elle lui déniait toute prestation pour les troubles dont il se plaignait au

niveau de l'épaule gauche, lesquels n'étaient pas en lien de causalité probable avec l'accident de décembre 2015.

g. Par décision entrée en force du 22 février 2017, la SUVA, se ralliant à une nouvelle appréciation émise par le Dr H_____, a informé l'assuré qu'elle lui déniait toute prestation pour les troubles dont il se plaignait au niveau de la colonne cervicale et de la nuque, lesquels n'étaient pas en lien de causalité probable avec l'accident de décembre 2015.

h. Dans un rapport daté du 9 février 2017, le Dr F_____ a indiqué avoir constaté une lente amélioration au niveau de la hanche gauche. S'agissant du genou droit, l'assuré présentait des lâchages de plus en plus fréquents et une imagerie avait mis en évidence une extension de la déchirure du ménisque interne, de sorte qu'une nouvelle arthroscopie était prévue.

i. Le 6 avril 2017, l'assuré a été réopéré par le Dr F_____ au niveau du genou droit (meniscectomie interne).

j. Dans un rapport daté du 16 juin 2017, le Dr G_____ a relevé que l'assuré, qui était retraité depuis le 1er avril 2017, faisait état d'une évolution assez satisfaisante de son épaule gauche, tout en limitant les mouvements en hauteur. S'agissant de la hanche gauche, une récente infiltration avait permis d'améliorer légèrement la situation et l'assuré se disait capable de marcher à vitesse modérée, bien que cela lui était plus difficile sur du terrain accidenté. Il se déclarait par ailleurs capable de conduire son véhicule (de type automatique) sans difficultés. S'agissant du bras droit et du genou droit, l'assuré notait également une amélioration, eu égard notamment à une diminution de la sensation de « corps étranger » dans le genou et des épisodes de « lâchage ». Dans son appréciation, le Dr G_____ a exposé qu'il avait été réalisé une nouvelle évacuation de l'hématome de la hanche gauche par voie chirurgicale, puis une nouvelle arthroscopie au vu de la persistance de douleurs méniscales internes. L'évolution était actuellement satisfaisante au niveau de la hanche gauche. Au niveau du genou droit, il persistait une difficulté essentiellement pour s'agenouiller, mais l'assuré était capable de marcher pendant environ 45 minutes. L'intervention était relativement récente et on pouvait s'attendre à une récupération complète deux mois après l'examen au plus tard. Sur le plan professionnel et d'un point de vue théorique – puisque l'assuré était désormais à la retraite – on pouvait s'attendre, dès le jour de l'examen, à une reprise de travail dans l'ancienne activité de concierge au taux antérieur de 100%. Sous l'angle thérapeutique l'assuré, qui se promenait beaucoup, ne faisait plus de physiothérapie. Une surveillance par le chirurgien était néanmoins préconisée pendant 3 mois.

k. Le 28 septembre 2017, l'assuré a été opéré une nouvelle fois par le Dr F_____ en vue de l'installation d'une prothèse unicompartimentale du genou droit.

l. Le docteur I_____, médecin d'arrondissement, a rédigé un rapport d'examen final le 23 août 2018. Une année après l'installation de la prothèse du genou, l'assuré déclarait que les suites de la prothèse unicompartimentale s'étaient révélées simples. Durant cette période, l'assuré disait surtout avoir été gêné par une phlébite du membre supérieur gauche et un décollement en arrière du grand trochanter gauche, avec adhérences gênantes dans certains mouvements. Jusqu'en mai 2018, l'assuré s'était rendu pour une dizaine de séances aux bains de Cressy, ce qui avait permis une très grande amélioration sur le plan antalgique, notamment au niveau de la hanche, mais également pour la proprioception. Certains éléments, en particuliers cicatriciels, restaient hypersensibles, essentiellement au niveau de la hanche. S'agissant du genou, l'assuré ne ressentait pas de douleurs particulières et n'était pas sous antalgiques. Dans son appréciation, le Dr G_____ a exposé qu'un peu plus d'un an après le dernier examen, l'état du genou opéré avait évolué très favorablement, après la mise en place d'une prothèse unicompartimentale, laquelle permettait à l'assuré de marcher pratiquement normalement. L'assuré présentait encore quelques adhérences douloureuses au niveau de la hanche, ce qui n'occasionnait toutefois pas de gêne dans la vie courante. Les traitements physiothérapeutiques (bains de Cressy, notamment) avaient permis à l'assuré de recouvrer une bonne utilisation du genou, de la hanche et du membre inférieur en général. Cette excellente évolution démontrait que l'état de santé de l'assuré était stabilisé. S'agissant des traitements, une cure ambulatoire à Cressy s'était révélée nécessaire, et il convenait d'effectuer une visite post-opératoire en 2019 avec radiographie de contrôle, puis selon les prescriptions du chirurgien, une surveillance de la prothèse à 5 ans, 8 ans et 10 ans. La mobilité du membre inférieur n'était pas altérée et il n'était plus nécessaire d'entreprendre des traitements supplémentaires en vue d'une amélioration notable de l'état de santé.

S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, le Dr I_____ l'évaluait à 20%, en se référant aux tables d'indemnisation de la SUVA, singulièrement à la table n° 5 (atteinte à l'intégrité résultant d'arthrose) dont il résultait que le taux était fixé entre 15 et 30% en cas d'arthrose fémoro-tibiale grave. Suite à la méniscectomie due au traumatisme, l'arthrose avait évolué d'une arthrose moyenne-légère à une arthrose dont la gravité était suffisante pour justifier l'installation d'une prothèse unicompartimentale du genou. Il ne s'agissait pas d'une pangonarthrose, mais d'une lésion d'arthrose invalidante au niveau du compartiment fémoro-tibial interne, qui pouvait être évaluée à 20%.

m. Dans un rapport adressé à la SUVA le 14 septembre 2018, le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué qu'une année après l'installation de la prothèse du genou, l'évolution restait mitigée, dans la mesure où l'assuré jugeait son genou plus stable qu'avant l'opération, mais souffrait toujours de douleurs pratiquement quotidiennes. S'y ajoutaient des douleurs de la hanche gauche, lesquelles limitaient le périmètre de marche à environ une heure.

À l'examen clinique, l'assuré marchait avec une légère boiterie du côté gauche. La stabilité du genou droit était bonne et sa mobilité (en flexion-extension), excellente. La prothèse du genou était bien en place, sans signe de descellement. S'agissant de la hanche, l'articulation coxo-fémorale restait peu atteinte par l'arthrose. Au vu des résultats radiologiques plutôt rassurants, aucune nouvelle intervention chirurgicale n'était envisagée au niveau du genou ou de la hanche. Le Dr J_____ suggérait la prise en charge par la SUVA de séances de physiothérapie.

n. Invité par la SUVA à se déterminer sur la capacité de travail de l'assuré, le Dr I_____ a répondu, dans une brève note datée du 19 septembre 2018, qu'il évaluait la capacité de travail de l'assuré, âgé de 66 ans, à 80% dans l'activité antérieure de concierge et à 100% dans une activité adaptée, permettant d'alterner les positions debout et assise, respectivement d'éviter le port de charges supérieures à 10 kg, les montées d'escaliers, les déplacements rapides et les positions agenouillées.

o. Dans un bref rapport daté du 8 octobre 2018, Monsieur K_____, physiothérapeute, a indiqué que l'assuré était suivi pour sa hanche, sa cuisse et ses deux genoux. Une boiterie s'était installée, créant des troubles statiques, des lumbagos et des problèmes de l'articulation sacro-iliaque. Le périmètre de marche avait diminué, puisqu'un trajet n'atteignant même pas 3 km était difficile. Après la marche, la douleur de la cuisse empêchait l'assuré de bien s'asseoir.

p. Dans un bref rapport adressé à la SUVA le 24 octobre 2018, consécutif à un examen du 10 octobre 2018, le Dr J_____ a fait état d'une persistance de lombalgies, ainsi que de douleurs au niveau de la face latérale de la hanche gauche, lesquelles gênaient l'assuré en positions assise et couchée.

q. Par courrier du 24 octobre 2018, la SUVA a informé l'assuré que, dans la mesure où il était à nouveau en mesure d'exercer une activité légère, selon l'appréciation de son médecin d'arrondissement, elle mettait fin au versement des indemnités journalières avec effet au 31 octobre 2018, et passait à l'examen de son droit à d'éventuelles prestations d'assurance durables.

r. Dans un rapport daté du 22 novembre 2018, le Dr J_____ a fait état d'une situation globalement favorable, bien que l'assuré avait ressenti des douleurs et un épanchement du genou droit, suite à une marche prolongée. La mobilité du genou demeurait complète et les symptômes récents pouvaient être attribués à une arthrose fémoro-patellaire. Une révision de la prothèse paraissait superflue, dans la mesure où il n'y avait eu qu'un épisode douloureux en une année. Seules étaient préconisées des séances de physiothérapie et un contrôle annuel de la prothèse.

s. Interrogé par la SUVA sur la question de savoir si l'activité accessoire de concierge (exercée avant l'accident) serait exigible en plus d'une activité principale adaptée et dans quelles proportions, le Dr I_____ a répondu, dans une

note datée du 2 janvier 2019, que « l'activité qui serait exigible est une activité à 80%, […] sans port de charges lourdes, sans piétinement, sans position à genoux, sans montées / descentes d'escaliers ni marche en terrain accidenté pour ces deux items de façon intensive […] et ce dans les deux activités de façon égale et proportionnelle ».

t. Également interrogé sur le point de savoir si l'activité accessoire de concierge (exercée avant l'accident) serait exigible en plus d'une activité principale adaptée et dans quelles proportions, la doctoresse L_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a répondu, dans une note rédigée en langue allemande le 27 février 2019, que cette activité accessoire avait été exercée purement en position debout, avec de la marche (élimination de déchets, nettoyage des bâtiments). Cette activité n'était pas idéale et une restriction était compréhensible. En septembre 2018, le Dr I_____ avait établi un profil d'exigibilité ajusté. L'activité accessoire devait respecter ce profil et serait, le cas échéant, probablement aussi réalisable à 20% d'un point de vue médical.

B. **a.** Par décision du 28 mars 2019, la SUVA a accordé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20%. En revanche, elle a dénié à l'intéressé tout droit à une rente, au motif qu'il demeurait apte à exercer à 100% une activité adaptée à son handicap ainsi qu'une activité accessoire à 21.84% (comme avant l'accident), pour autant que cette activité accessoire soit également adaptée à ses limitations. La comparaison des revenus ne mettait en évidence qu'une perte de gain de 0.27%, insuffisante pour ouvrir droit à une rente.

b. Par pli du 13 mai 2019, complété le 12 juin 2019, l'assuré a formé opposition contre cette décision, jugeant irréaliste l'appréciation selon laquelle il serait apte à exercer à plein temps toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. La décision litigieuse était contradictoire avec l'avis du médecin d'arrondissement de la SUVA, lequel avait retenu une exigibilité de 80%. À son sens, l'exigibilité ne pouvait excéder un taux de 50% pour ses activités principales et accessoires cumulées.

L'assuré a joint à son opposition un rapport daté du 21 juin 2019 et adressé à son mandataire par le Dr J_____. Ce médecin a rappelé qu'antérieurement à l'accident, l'assuré était concierge à 100% de deux immeubles de sept étages dont il gérait l'entretien, ce qui impliquait un travail physique important (déplacement de containers avec de fortes pentes à monter pour installer ces containers au bord de la route). À ce jour, une telle activité, même à 20%, lui paraissait impossible au vu des contraintes physiques qu'elle impliquait et des séquelles douloureuses qui subsistaient au niveau de la hanche et du genou droit. Une activité à 100% en tenant compte des différentes restrictions proposées (ne pas marcher longtemps, ne pas porter de charges de plus de 10kg, ne pas monter des escaliers de manière intensive, pas de position agenouillée) lui paraissait hors de propos. Actuellement, l'assuré présentait toujours un périmètre de marche limité et des douleurs chroniques, principalement au niveau de la hanche gauche, et il ne voyait aucune

profession que le patient pourrait effectuer. Une activité accessoire de concierge à 20% n'était pas envisageable. Les interventions chirurgicales avaient permis une amélioration dans la vie de tous les jours, mais avec des séquelles (telles que la difficulté à rester assis longtemps et de constantes douleurs résiduelles), lesquelles ne permettaient pas une reprise de travail, même avec toute restriction que l'on pourrait proposer.

c. Par décision du 21 avril 2021, la SUVA a rejeté l'opposition. L'assuré était capable d'exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, selon l'appréciation finale du Dr I_____. Par ailleurs, la Dresse L_____ avait jugé qu'une activité accessoire correspondant au profil défini par le Dr I_____ était également exigible à 20%. Contrairement à ce que prétendait le recourant, l'appréciation du Dr I_____ n'était pas contradictoire, dès lors que le taux de 80% avancé par ce médecin ne portait que sur l'activité de concierge et non sur une activité adaptée. Les griefs formulés par l'assuré et son médecin, le Dr J_____, étaient sans incidence sur l'issue de la cause, puisqu'il n'en ressortait aucun élément objectif qui aurait été méconnu par les Drs I_____ ou L_____. S'agissant de l'évaluation du taux d'invalidité, dès lors que l'intéressé avait atteint l'âge de la retraite, il convenait pour chiffrer son revenu sans invalidité de tenir compte du revenu d'un assuré d'âge moyen employé comme concierge chez C_____ SA, auquel s'ajoutait encore le salaire de l'activité accessoire exercée auprès de D_____SA, ce qui donnait un total de CHF 82'355.-. S'agissant du revenu d'invalide, la SUVA avait ajouté au salaire d'un homme exerçant des tâches simples à temps plein, selon les statistiques salariales, un taux d'occupation de 21.84% calculé sur le même salaire, ce qui conduisait à un revenu d'invalide global de CHF 82'128.-. En outre, il n'y avait aucun abattement à opérer sur le revenu d'invalide lorsqu'étaient exigibles des activités sédentaires légères relevant du niveau de compétence 1 des statistiques salariales, de sorte que la comparaison des revenus ne mettait pas en évidence une perte de gain d'au moins 10%. Pour le reste, l'assuré ne mettait en évidence aucun élément médical susceptible de mettre en doute l'appréciation probante du Dr I_____ concernant le taux de l'atteinte à l'intégrité.

C. **a.** Par acte expédié le 25 mai 2021, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS) d'un recours, concluant, sous suite de dépens, principalement à l'annulation de la décision sur opposition du 21 avril 2021 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause à la SUVA pour complément d'instruction et nouvelle décision. Par ailleurs, il a requis que le taux de l'indemnité pour l'atteinte à l'intégrité lui étant due soit porté à 30%.

C'était sur la base d'une analyse lacunaire que la SUVA lui avait imputé une capacité résiduelle de travail de 100%. En effet, la décision litigieuse était contradictoire avec l'exigibilité de 80% retenue par le propre médecin-conseil de la SUVA. De son côté, la Dresse L_____ avait considéré que l'activité de

concierge n'était possible qu'à 20%, tandis que son chirurgien, le Dr J_____, avait estimé qu'aucune profession, même adaptée, ne pouvait être exercée. L'intimée n'avait pas discuté la portée des rapports du Dr J_____, pas plus qu'elle n'avait examiné la question d'une perte de rendement. S'agissant du taux d'invalidité, il n'y avait pas lieu de procéder à une comparaison des gains, dans la mesure où son incapacité de travail et de gain était de 100%. Si toutefois, une capacité résiduelle de travail devait lui être reconnue, il convenait de tenir compte du fait que, même s'il avait atteint l'âge de la retraite en 2017, ce n'était pas en raison de son âge qu'il n'avait pas repris d'activité professionnelle, mais en raison de ses séquelles accidentelles. Pour chiffrer le revenu d'invalide, à supposer qu'une quelconque capacité de travail puisse être exigée de lui, seule pourrait être prise en considération une activité peu astreignante dans le secteur des services. En tenant compte de la capacité résiduelle de travail de 80% retenue par les médecins de la SUVA, mais également d'un abattement de 20%, son taux d'invalidité s'élevait à 52.3% au minimum. S'agissant enfin de l'atteinte à l'intégrité, le recourant sollicitait qu'elle soit augmentée à 30%. À cet égard, il relevait qu'en cas de mise en place d'une prothèse, le taux de l'atteinte devait être fixé entre 20% et 40% et qu'en l'occurrence, le rapport du Dr J_____ de septembre 2018, ainsi que ses limitations fonctionnelles, témoignaient d'un résultat mitigé.

b. Dans sa réponse du 23 juin 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours. La valeur probante du rapport d'examen du Dr I_____ – dont l'appréciation était corroborée par l'avis de la Dresse L_____ – n'était pas valablement mise en doute. Contrairement à ce que le recourant semblait croire, il était incontesté que l'ancienne activité de concierge n'était plus exigible. Les déclarations des médecins d'arrondissement concernant cette profession spécifique ne changeaient rien à l'évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée, dès lors que l'âge avancé paraissait être la cause essentielle de l'incapacité de gain. En effet, le recourant avait dépassé l'âge de la retraite au moment où son état de santé avait été jugé stabilisé. L'absence de reprise du travail étant due, au moins partiellement, à l'âge avancé, c'était à juste titre que la SUVA s'était fondée sur les possibilités de gain d'un assuré d'âge moyen pour examiner le droit à une éventuelle rente. Il n'existait aucune raison de s'écarter du revenu sans invalidité retenu dans la décision litigieuse, qui correspondait au revenu d'un assuré d'âge moyen chez les deux anciens employeurs. S'agissant du revenu d'invalide chiffré sur la base des statistiques salariales, il ne prêtait pas non plus le flanc à la critique, de sorte que la comparaison des gains mettait en évidence un taux d'invalidité inférieur à 10%. S'agissant enfin de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il convenait en cas d'implantation de prothèse de se fonder sur l'état de santé « non corrigé ». Le taux de 20% retenu par le Dr I_____ se situait dans la fourchette admissible en cas d'arthrose fémoro-tibiale grave, selon la table d'indemnisation 5 de la SUVA. Quant aux rubriques des tables d'indemnisation auxquelles se référait le recourant, elles ne trouvaient pas application.

c. Les parties ont répliqué et dupliqué les 8 et 26 juillet 2021, persistant dans leurs conclusions respectives. Par écriture spontanée du 11 août 2021, le recourant a maintenu derechef ses conclusions.

d. Invité par la CJCAS à clarifier si l'on pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce une activité accessoire adaptée à 21.84% en sus d'une activité principale (également adaptée à ses limitations) à 100%, le Dr I_____ a répondu, le 29 décembre 2021, qu'un an après l'installation de la prothèse unicompartementale, les limitations fonctionnelles de l'assuré limitaient de 20% ses activités de concierge, au vu de la nature desdites activités. En revanche, dans des activités permettant de tenir compte des limitations fonctionnelles énumérées dans la brève appréciation médicale du 19 septembre 2018 (alternance des positions debout et assise ; pas de marches prolongées, ni de déplacements rapides, de travaux en position agenouillée ou de montées d'escaliers intenses), on pouvait attendre de l'assuré qu'il travaille à temps plein, tant dans une activité principale que dans une activité accessoire, le cas échéant à un taux d'activité total de 121.84%.

e. Le 21 janvier 2022, l'intimée a indiqué à la CJCAS qu'au regard de l'appréciation du Dr I_____, elle maintenait ses conclusions tendant au rejet du recours.

f. Le 7 février 2022, le recourant a fait valoir que les avis successifs du Dr I_____ étaient contradictoires, dans la mesure où, dans sa dernière appréciation, ce médecin avait retenu pour la première fois un taux d'activité exigible de 121.84% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Or, dans son avis de janvier 2019, le Dr I_____ – répondant à la question de savoir si une activité accessoire était exigible en plus d'une activité principale adaptée et le cas échéant, si cette activité accessoire était exigible dans la même proportion que celle de concierge exercée avant l'accident –, avait indiqué que « l'activité qui serait exigible est une activité à 80% […] et ce dans les deux activités de façon égale et proportionnelle. Ce médecin se contredisait d'un avis à l'autre, de sorte que ses rapports ne pouvaient se voir reconnaître une quelconque valeur probante.

g. 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 1er janvier 2003, est applicable (art. 1 al. 1 LAA).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, compte tenu du report du terme du délai - échéant le dimanche 23 mai 2021 - au premier jour ouvrable suivant, soit le mardi 25 mai 2021 dans la mesure où le 24 mai 2021 (lundi de Pentecôte) était légalement férié, le recours est recevable (art. 38 al. 3, 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10] ; art. 1 al. 1 let. e de la loi sur les jours fériés du 3 novembre 1951 [LJF - J 1 45]).

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 sa capacité de travail et de gain, ainsi que sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui lui est due.

5. Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2).

Aux termes de l'art. 10 al. 1 let. a et b LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir, notamment : au traitement ambulatoire dispensé par le médecin ou, sur prescription de ce dernier, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin.

La limite temporelle de la prise en charge, par l'assureur-accident, du traitement médical ressort de l'art. 19 LAA relatif aux rentes d'invalidité, qui, pour autant que les conditions soient remplies, prennent le relais des prestations temporaires. À teneur de cette disposition, 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).

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.

7.1 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

7.2 Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent

être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

7.3 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

7.4 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). Il n'existe 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).

7.5 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 ; 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 a Cst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

8. En l'espèce, la décision sur opposition attaquée retient que l'assuré est capable d'exercer toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce dont il résulte un degré d'invalidité de 0.27% seulement, insuffisant pour ouvrir droit à une rente. Cette décision repose essentiellement sur les rapports des médecins d'arrondissement de la SUVA, les Drs G_____, I_____ et L_____.

Le recourant soutient que la pleine capacité de travail que lui impute la SUVA l'a été sur la base d'une analyse lacunaire. Il souligne que dans la mesure où la décision litigieuse retient une exigibilité totale, elle se révèle contradictoire avec l'exigibilité de 80% retenue par le propre médecin-conseil de la SUVA. En outre, l'intimée n'a pas discuté la portée des rapports du Dr J_____ ni examiné la question d'une diminution de rendement.

9.

9.1 La chambre de céans constate que le rapport final du Dr I_____, complété le 19 septembre 2018 et faisant suite à un précédent rapport rédigé par le Dr G_____ en juin 2017, 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 à l'assuré d'alterner les positions debout et assise, respectivement d'éviter le port de charges supérieures à 10 kg, les montées d'escaliers, les déplacements rapides et les positions agenouillées, 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 et de son complément, il ressort que l'état du genou droit de l'assuré a évolué très favorablement après la mise en place d'une prothèse uni compartimentale, laquelle permet à l'intéressé de marcher pratiquement normalement. L'assuré présente encore quelques adhérences douloureuses au niveau de la hanche, ce qui n'occasionne toutefois pas de gêne dans la vie courante. La mobilité de la hanche est normale. L'ensemble des traitements physiothérapeutiques (Bains de Cressy, notamment) a permis à l'assuré de recouvrer une bonne utilisation du genou, de la hanche et du membre inférieur en général. La mobilité du membre inférieur n'est pas altérée et il n'est plus nécessaire d'entreprendre des traitements supplémentaires en vue d'une amélioration notable de l'état de santé. Le Dr I_____ évalue la capacité de travail à 80% dans l'activité antérieure de concierge. En revanche, il juge la capacité de travail entière dans toute activité adaptée, permettant à l'assuré d'alterner les positions debout et assise, respectivement d'éviter le port de charges supérieures à 10 kg, les montées d'escaliers, les déplacements rapides et les positions agenouillées.

Dans ce contexte, on ne voit pas que le recourant soit empêché d'exercer une activité sédentaire légère, permettant d'épargner ses membres inférieurs. Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit plutôt admettre qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées à ses problèmes de genou (respectivement de hanche). S'agissant de l'hypothèse d'une diminution de rendement, il convient de rappeler que la capacité de travail et le rendement doivent être déterminés par un médecin (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV

n° 10 p. 39). Or, les Drs G_____, I_____ et L_____ n'ont pas fait état d'un rendement diminué dans toute profession adaptée aux limitations énoncées.

9.2 Contrairement à ce que soutient le recourant, la capacité résiduelle de travail de 80% énoncée par le Dr I_____ ne se rapporte pas à l'exercice de toute activité adaptée, mais seulement à la profession antérieure de concierge, comme cela ressort des conclusions figurant dans sa note complémentaire du 19 septembre 2018. S'il est exact que ce taux de 80% a également été évoqué par le Dr I_____ dans une (autre) note datée du 2 janvier 2019, il faut rappeler que ce médecin avait alors été appelé à se prononcer sur l'exigibilité d'une activité accessoire de concierge (« une activité accessoire […] serait-elle exigible en plus d'une activité principale adaptée ? Si oui, dans la même proportion en termes temporels que pour le travail mentionné dans le rapport du 8 février 2016 [NDR : lequel évoque précisément l'activité de concierge] […] ? »), de sorte que le taux énoncé de 80% ne peut se comprendre qu'en relation avec la profession de concierge. En tout état de cause, on relèvera que la Dresse L_____, dans sa note du 27 février 2019, n'a pas exclu l'exigibilité d'une activité accessoire à 20% en sus d'une activité principale adaptée. Elle a simplement précisé qu'une telle activité accessoire, exercée à 20% en sus d'une activité principale adaptée, devait respecter le profil d'exigibilité défini par le Dr I_____. Le recourant ne discute pas cette appréciation de la Dresse L_____, qu'il semble avoir interprété de façon erronée (il indique à tort dans ses écritures que la Dresse L_____ se serait limitée à retenir qu'une activité de concierge n'était possible qu'à 20%). Enfin, on relèvera que dans sa dernière appréciation datée du 29 décembre 2021, le Dr I_____ a confirmé qu'une activité accessoire adaptée à 21.84% était exigible en sus d'une activité principale à 100%, moyennant le respect des limitations qu'il avait énumérées. Même si dans ses appréciations antérieures, le Dr I_____ n'avait pas déclaré expressément qu'une activité accessoire adaptée était exigible à 21.84% en sus d'une activité principale (adaptée) à 100% – il lui avait vraisemblablement échappé que l'assuré se trouvait avant l'accident dans une situation très particulière, à savoir que son taux d'activité global excédait 100% en raison du cumul de ses deux emplois –, il n'en demeure pas moins que ce médecin n'a jamais fait état d'une quelconque restriction sur le plan horaire en ce qui concerne l'aptitude du recourant à exercer une profession légère et adaptée à ses limitations. Au regard de ce qui précède, et plus particulièrement des précisions données par les deux médecins d'arrondissement, l'intimée était fondée à considérer que le recourant était médicalement apte à exercer, sans restriction horaire, toute activité légère et essentiellement sédentaire, adaptée à ses limitations.

9.3 S'agissant des rapports invoqués par le recourant, émanant notamment du Dr J_____, ils ne permettent pas de s'écarter des conclusions des médecins d'arrondissement, confirmant l'exigibilité de toute activité adaptée sans restriction horaire. Dans un rapport daté du 21 juin 2019, que l'assuré a joint à son opposition contre la décision initiale de la SUVA, le Dr J_____ a certes fait

valoir que les séquelles des interventions chirurgicales – telles que la difficulté à rester longtemps assis et des douleurs résiduelles – ne permettaient à son sens pas d'envisager la reprise d'une activité professionnelle. Toutefois, force est de constater que le Dr J_____ n'a pas fait état de limitations qui n'auraient déjà été prises en compte par le Dr I_____, étant rappelé que ce médecin a déjà tenu compte de la nécessité pour l'assuré de pouvoir alterner les positions debout et assise. S'agissant de l'aspect algique, on relèvera que lors de l'examen final pratiqué par le Dr I_____ en août 2018, l'assuré a déclaré qu'il ne ressentait pas de douleurs particulières au niveau du genou, qu'il ne prenait pas d'antalgiques et que des séances de piscine (Bains de Cressy) avaient permis une très grande amélioration de ses douleurs à la hanche. Lors d'un examen antérieur pratiqué par le Dr G_____ en juin 2017, l'assuré n'avait alors évoqué – comme seul traitement antalgique – que la prise occasionnelle de Dafalgan, de sorte que ses douleurs pouvaient alors de toute évidence être jugulées par des antalgiques légers. L'assuré s'est par ailleurs déclaré capable de conduire sa voiture sans difficulté. Au vu de ce qui précède, l'avis du Dr J_____ n'est pas de nature à faire naître des doutes quant à la fiabilité des rapports des médecins d'arrondissement. Il en va de même du rapport de M. K_____, dans la mesure où ce physiothérapeute ne s'est pas déterminé sur la capacité de travail de l'assuré. Il n'avait du reste pas à le faire, puisque c'est en définitive aux médecins qu'il incombe d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

10. À ce stade, il convient de se prononcer sur le degré d'invalidité du recourant.

10.1 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).

10.2 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 et la référence).

10.3 S'agissant du revenu d'invalide, 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).

10.4 Selon la jurisprudence, le revenu obtenu avant l'atteinte à la santé doit être calculé compte tenu de tous ses éléments constitutifs, y compris ceux qui proviennent d'une activité accessoire, lorsque l'on peut admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré aurait continué de percevoir de tels revenus sans l'atteinte à la santé. Ceux-ci doivent également être pris en considération dans le revenu d'invalide lorsqu'il est établi que l'assuré est toujours en mesure, sur le plan médical, de réaliser des revenus d'appoint (SVR 2011 IV n° 55 p. 163 [8C_671/2010] consid. 4 et 5; arrêt 8C_922/2012 du 26 février 2013 consid. 5.2). De même qu'en ce qui concerne l'activité principale, il convient d'examiner sur la base des avis médicaux quelle activité accessoire est exigible au regard de l'état de santé et dans quelle mesure (RAMA 2003 n° U 476 p. 107 [U 130/02] consid. 3.2.1; arrêt 9C_883/2007 du 18 février 2008 consid. 2.3 et les références).

10.5 L'âge avancé d'un assuré comme facteur prépondérant à son empêchement de maintenir sa capacité de gain n'est pas pris en considération de la même manière en assurance-invalidité qu'en assurance-accidents, dans laquelle l'art. 28 al. 4 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 janvier 2017 (OLAA) commande de faire abstraction du facteur de l'âge pour les deux termes de la comparaison des revenus (cf. ATF 122 V 418 consid. 3b p; voir également, au sujet de la portée de l'âge dans le domaine de l'assurance-accidents, SVR 2016 UV n° 39 p. 131 consid. 4.3, arrêt 8C_754/2015). D'après l'art. 28 al. 4 OLAA, si, en raison de son âge, l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative après l'accident ou si la diminution de la capacité de gain est due essentiellement à son âge avancé, les revenus de l'activité lucrative déterminants pour l'évaluation du degré d'invalidité sont ceux qu'un assuré d'âge moyen dont la santé a subi une atteinte de même gravité pourrait réaliser. Cette disposition réglementaire, qui vise à empêcher l'octroi de rentes d'invalidité qui comporteraient, en fait, une composante de prestation de vieillesse, est conforme à la loi (ATF 122 V 426; 113 V 132 consid. 4b p). D'après cette norme, il y a lieu de faire abstraction du facteur de l'âge non seulement pour la fixation du revenu d'invalide, mais également pour la détermination du revenu sans invalidité (ATF 114 V 310 consid. 2; consid. 7b/aa non publié de l'arrêt ATF 122 V 426). Selon la jurisprudence, la notion d'âge moyen au sens de l'art. 28 al. 4 OLAA se situe autour de 42 ans ou entre 40 et 45 ans; on considère que l'âge est avancé lorsque l'assuré est âgé d'environ 60 ans au moment où il a droit à la rente (ATF 122 V 418 consid. 1b, 426 consid. 2).

Selon la jurisprudence, pour que le revenu d'invalide soit fixé en fonction du gain que pourrait réaliser un assuré d'âge moyen présentant les mêmes séquelles accidentelles, il faut que l'âge avancé soit la cause essentielle de la diminution de la capacité de gain (ATF 122 V 418 consid. 3b; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 245/96 consid. 3c). Par ailleurs, l'art. 28 al. 4 OLAA ne vise pas seulement

l'éventualité dans laquelle l'âge avancé est la cause essentielle de la limitation de la capacité de travail mais il concerne également la situation où il est la cause essentielle de l'empêchement d'exercer une activité professionnelle qui aurait permis de maintenir la capacité de gain (RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 245/96 consid. 3c; arrêt U 538/06 du 30 janvier 2007 consid. 3.2).

10.6 En l'occurrence, il convient tout d'abord de préciser que le recourant ne conteste pas la stabilisation de son état de santé, de sorte que l'intimée était légitimée à mettre un terme aux indemnités journalières avec effet au 31 octobre 2018 et à passer à l'examen du droit à une rente d'invalidité.

Dans la décision attaquée, l'intimée a retenu que le recourant ne présentait qu'une perte de gain de gain de 0.27%, inférieure au seuil de 10% ouvrant droit à une rente. L'intimée a considéré qu'en faisant abstraction de son âge, le revenu sans invalidité que le recourant aurait perçu en 2018 s'il avait continué à exercer ses activités principales et accessoires de concierge était pratiquement identique au revenu statistique d'invalide qu'il aurait été en mesure de réaliser dans des activités principales et accessoires adaptées à ses limitations.

10.7

10.7.1 Pour chiffrer le revenu d'invalide, l'intimée – considérant que le recourant était capable d'exercer toute activité adaptée sans restriction horaire – a retenu qu'il était à même de réaliser un revenu annuel de CHF 67'406.- à titre principal. Comme le recourant exerçait une activité accessoire avant l'accident (à un taux estimé à 21.84% par la SUVA), l'intimée a ajouté à ce montant un revenu accessoire de CHF 14'722.-. Ces revenus ont été calculés l'un et l'autre sur la base des salaires statistiques tirés de l'ESS pour l'année 2016, adaptés à l'évolution des salaires jusqu'en 2018. Aussi, l'intimée a-t-elle fixé le revenu d'invalide à CHF 82'128.- (CHF 67'406.- + CHF 14'722.- = 82'128.-).

En l'espèce, dans la mesure où le recourant, qui est retraité depuis le mois d'avril 2017, n'exerce plus d'activité lucrative, c'est à juste titre que l'intimée a fixé le revenu d'invalide en se référant aux données statistiques ressortant de l'ESS (ATF 126 V 76 consid. 3b/bb). Vu l'activité de substitution exigible du recourant dans un emploi adapté, le salaire de référence est 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_skill_level, ligne total). Contrairement à ce que laisse entendre l'intéressé – qui affirme n'être en mesure de travailler que dans « une activité de services » – l'intimée était en droit de se baser sur le salaire statistique de tout le secteur privé et non sur celui afférent au seul secteur des services, puisque les branches de la production et des services réunies recouvrent une plus large palette d'activités (par exemple dans l'industrie légère) que la seule branche des services, permettant ainsi au recourant d'élargir ses possibilités de réinsertion sur l'ensemble du marché du travail suisse (arrêt du Tribunal fédéral 9C_297/2011 du 31 janvier 2012

consid. 4.2). 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 67'406.- une fois indexé à 2018 selon l'évolution des salaires en termes nominaux (ISS en 2017 : + 0.4% et en 2018: + 0.5%).

S'agissant de l'activité accessoire, il ne ressort pas des pièces médicales versées au dossier, singulièrement des rapports des Drs I_____ et L_____, que le recourant serait incapable d'exercer une activité accessoire adaptée à ses limitations en sus d'une activité raisonnablement exigible à plein temps. Bien au contraire, le Dr I_____, interrogé sur ce point par la CJCAS, a clairement précisé que, moyennant le respect des limitations fonctionnelles énumérées dans son appréciation du 19 septembre 2018, on pouvait attendre de l'assuré qu'il exerce à temps plein des activités principales et accessoires adaptées, le cas échéant à un taux d'activité total de 121.84%, ce qui coïncide avec le point de vue exprimé par la Dresse L_____. Partant, en ajoutant au revenu de CHF 67'406.- le gain réalisable de CHF 14'722.- (21.84% x CHF 67'406.- = 14'721.50) que le recourant pourrait réaliser dans une activité accessoire simple et répétitive, selon l'ESS, l'intimée a valablement tenu compte de sa capacité résiduelle de gain. Au demeurant, selon la jurisprudence, la prise en compte d'un gain accessoire dans le calcul du revenu d'invalide est possible lorsque, comme en l'occurrence, l'assuré est en mesure, sur le plan médical, de réaliser des revenus d'appoints (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_765/2016 du 13 septembre 2017 consid. 4.5 et 8C_883/2015 du 21 octobre 2016 consid. 4.2).

10.7.2 Le recourant requiert qu'un abattement de 20% soit déduit du revenu d'invalide, en raison de ses limitations fonctionnelles. De son côté, l'intimée considère qu'aucun abattement ne se justifie, dans la mesure où ces limitations ont déjà été prises en compte pour évaluer la capacité de travail.

Un abattement n'est pas automatique, mais se justifie dans les cas où il existe des indices suffisants pour admettre qu'en raison de différents facteurs (par exemple limitations liées au handicap, à l'âge, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation), l'assuré ne peut mettre à profit sa capacité de travail (résiduelle) sur le plan économique que dans une mesure inférieure à la moyenne (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa ; cf. également l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_29/2012 du 27 juin 2012 consid. 4.2).

En l'espèce, on peut tout au plus admettre que le recourant présente une limitation en lien avec sa prothèse du genou droit, dans la mesure où il ne peut mettre à profit sa capacité résiduelle de travail que dans des activités légères, essentiellement sédentaires et autorisant l'alternance des positions. Cela étant, contrairement à ce que souhaiterait l'intéressé, cette (modeste) limitation quant au spectre des professions demeurant envisageables ne saurait justifier un abattement

excédant 5%, conformément à la jurisprudence rendue par le Tribunal fédéral dans des causes similaires (arrêts du Tribunal 8C_910/2010 du 8 septembre 2011 consid. 6 ; 8C_762/2010 du 8 avril 2011 consid. 2 ; 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5). Pour le reste, le recourant ne démontre pas que d'autres circonstances seraient susceptibles de diminuer concrètement ses perspectives salariales sur un marché du travail équilibré. En particulier, on rappellera que selon la jurisprudence récente, l'âge d'un assuré ne constitue pas per se un facteur de réduction du salaire statistique et que le manque d'expérience d'un assuré dans une nouvelle profession ne constitue pas non plus 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.1-5.2).

En définitive, moyennant un abattement de 5%, le revenu d'invalide s'élève à CHF 78'022.- (95% x CHF 82'128.- = CHF 78'022.-).

10.8 S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimée l'a évalué à CHF 82'355.- en additionnant les revenus – correspondant à un employé d'âge moyen travaillant comme concierge – communiqués par les deux anciens employeurs de l'assuré (13 x [CHF 5'300.- + CHF 1'035.-] = 82'355.-). De son côté, le recourant chiffre son revenu sans invalidité à CHF 84'955.- en se fondant sur les revenus qu'il a perçus en dernier lieu avant son accident (13 x [CHF 5'500. + CHF 1'035.-] = 84'955.-).

En l'occurrence, il apparaît que c'est en raison de son âge (66 ans au moment de l'examen final du Dr I_____) que le recourant n'a pas repris d'activité lucrative. Du moment que l'âge avancé apparaît comme la cause essentielle de l'incapacité de gain, l'intimée était fondée à fixer le revenu sans invalidité – de même que le revenu d'invalide – en tenant compte du gain qu'un assuré d'âge moyen aurait pu réaliser (art. 28 al. 4 OLAA ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_517/2016 du 8 mai 2017 consid. 5). Quoi qu'il en soit, il est sans pertinence pour l'issue de la cause de savoir si le revenu sans invalidité doit être fixé, comme le soutient l'intimée, sur la base du salaire d'un employé d'âge moyen travaillant comme concierge auprès des deux anciens employeurs, ou alors, comme l'affirme le recourant, sur la base des salaires perçus en dernier lieu avant l'accident. En effet, le revenu sans invalidité de CHF 82'355.- retenu par l'intimée, une fois comparé au revenu d'invalide, conduit à un degré d'invalidité (arrondi) de 5% ([CHF 82'355 – CHF 78'022] / CHF 82'355 = 5.26%), inférieur à 10% et donc insuffisant pour ouvrir droit à une rente de l'assurance-accidents. Par ailleurs, même si l'on devait se fonder sur le revenu sans invalidité de CHF 84'955.-, proposé par le recourant, le taux d'invalidité ne s'élèverait qu'à 8% et se révèlerait donc également insuffisant pour ouvrir droit à une rente ([CHF 84'955 – CHF 78'022.-] / CHF 84'955 = 8.16%).

Vu ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimée a refusé d'accorder au recourant une rente d'invalidité de l'assurance-accidents (art. 18 al. 1 LAA).

11. En dernier lieu, le recourant requiert que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui lui a été accordée soit porté à 30% au lieu de 20%.

11.1 Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). Aux termes de l'art. 36 al. 1 OLAA (RS 832.802), 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.

11.2 D'après 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. Aux termes de l'art. 25 al. 2 LAA, le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité. Il a fait usage de cette délégation de compétence à l'art. 36 OLAA. Selon l'al. 2 de cette disposition réglementaire, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA. Cette annexe comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb ; 113 V 218 consid. 2a) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité désignées à l'annexe 3 de l'OLAA s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 de l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3; ATF 124 V 209 consid. 4.cc; ATF 116 V 156 consid. 3).

Selon la table 5 concernant les atteintes résultant d'arthroses avant l'implant, l'arthrose moyenne du genou (fémoro-tibiale) correspond à une atteinte de 5% à 15% et une arthrose grave à une atteinte de 15% à 30% (cf. https://www.suva.ch/fr-CH/materiel/documentation/tableau-05-atteinte-a-l-integrite-resultant-d-arthroses). La table 5 précise que, conformément à l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 313/02 du 4 septembre 2003, l'implant d'une endoprothèse s'oriente sur l'état non corrigé, c'est-à-dire sur le degré de gravité de l'arthrose avant l'implant (colonnes 2 et 3). Pour les prothèses implantées

directement après l'accident (endoprothèses primaires), les colonnes 5 et 6 entrent en application.

Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 p. 415; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2).

11.3 La jurisprudence considère que pour évaluer l'atteinte à l'intégrité en cas d'implantation de prothèses, respectivement d'endoprothèses, il convient de se fonder sur l'état de santé non corrigé, comme en cas de remise de moyens auxiliaires, à l'exception des moyens servant à la vision (cf. ch. 1 de l'annexe 3 à l'OLAA; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 56/05 du 18 juillet 2005, in RAMA 2005 n° U 562 p. 435). En effet, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité vise dans ces cas à compenser, du moins en partie, l'atteinte physique ou psychique en tant que telle, et non pas les conséquences de celle-ci sur les fonctions de la vie ou le mode de vie en général (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 313/02 du 4 septembre 2003; U 40/01 du 4 septembre 2001 consid. 4c; voir également l'arrêt U 56/05 précité).

11.4 En l'espèce, le Dr I_____ a évalué l'atteinte à l'intégrité en se référant aux tables d'indemnisation de la SUVA, singulièrement à la table n° 5 (atteinte à l'intégrité résultant d'arthrose) dont il résulte que le taux de l'atteinte est fixé entre 15 et 30% en cas d'arthrose fémoro-tibiale grave. Selon ce médecin, il ne s'agit pas d'une pangonarthrose, mais d'une lésion d'arthrose invalidante au niveau du compartiment fémoro-tibial interne, qui peut être évaluée à 20%.

La chambre de céans constate que l'appréciation du Dr I_____ se rapporte à la situation antérieure à l'installation de la prothèse du genou droit. À l'inverse, dans la mesure où le recourant – pour justifier une augmentation à 30% du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité – souligne le résultat « mitigé » auquel a conduit l'installation de sa prothèse, en se référant au rapport du Dr J_____ du 14 septembre 2018, son argumentation repose sur la situation prévalant après la pose de la prothèse et se révèle donc dénuée de pertinence, au regard de la jurisprudence, qui prescrit d'évaluer l'atteinte à l'intégrité en fonction de l'état de santé « non corrigé » (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_131/2018 du 25 juillet 2018 consid. 7 [prothèse de l'épaule] et 8C_542/2012 du 8 juillet 2013 consid. 7 [prothèse de la hanche]). De surcroît, en se limitant à mettre en exergue le résultat mitigé de son opération du genou, le recourant omet de préciser que dans un rapport subséquent (daté du 22 novembre 2018), le Dr J_____ a fait état d'une situation globalement favorable, d'une mobilité complète du genou et d'une prothèse « bien en place ». Pour le reste, il y a lieu de relever qu'hormis le Dr I_____, aucun médecin ne s'est prononcé sur la question du taux de l'atteinte à l'intégrité, de sorte que le dossier ne renferme aucun avis médical propre à mettre en doute l'appréciation du médecin d'arrondissement sur ce point. Dans la mesure où le taux de 20% retenu par le Dr I_____ se situe dans la fourchette

applicable aux arthroses graves du genou avant implant (15% à 30%), les critiques du recourant ne sont pas de nature à mettre en cause son appréciation. Aussi, le taux de l'atteinte à l'intégrité, arrêté à 20%, sera-t-il confirmé.

12. La documentation versée au dossier permettant déjà à la chambre de céans de statuer en connaissance de cause sur le degré d'invalidité et le taux de l'atteinte à l'intégrité, il n'y a pas lieu d'ordonner de mesure d'instruction complémentaire, par appréciation anticipée des preuves. Dans ce contexte, il paraît opportun de rappeler que dans la procédure d'octroi de prestations d'assurances sociales, il n'existe un droit formel à une expertise médicale qu'en cas de doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4), ce qui n'est pas le cas ici, au vu des avis convergents des Drs G_____, I_____ et L_____ et du fait que le Dr J_____ n'a pas mis en évidence d'élément objectif que ces médecins n'auraient déjà pris en compte.

13. Mal fondé, le recours est rejeté.

14. La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 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	La présidente
Adriana MALANGA	Valérie MONTANI

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