

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2015/2015

ATAS/122/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 février 2016

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CHAMBÉSY, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Jacques EMERY

recourant

contre

SUVA, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1949 en Egypte, est arrivé en Suisse le 17 juin 1980, où il a été le 23 septembre 1999. Depuis 1993, il a travaillé pour le compte de B_____ SA (ci-après : la société), entreprise qu'il a fondée avec son frère et dont il était l'administrateur unique, d'abord en qualité de chauffeur, puis de directeur dès 2001. À ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents et de maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).
2. Le 5 août 2012, l'assuré a glissé sur un sol mouillé et fait une chute, laquelle a engendré une entorse du genou droit avec des lésions du ligament croisé antérieur et du ligament collatéral interne et une fracture postérieure du plateau tibial externe postérieur. Cet accident a été déclaré à la SUVA le 17 septembre 2012.
3. Dans un questionnaire du 4 octobre 2012, la société a indiqué verser à l'assuré l'intégralité de son salaire, soit CHF 8'000.- par mois, durant son absence, et n'avoir perçu aucune prestation pour perte de gain. À la question de savoir si le travail aurait été repris en l'absence d'accident, la société a répondu par la négative.
4. Dans un rapport du 8 octobre 2012, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin traitant de l'assuré, a posé le diagnostic de status après entorse du genou droit avec lésions du ligament croisé antérieur et du ligament collatéral interne et fracture postérieure du plateau tibial interne. L'incapacité de travail était de 100% dans son activité de chauffeur privé, dès le 5 août 2012, jusqu'à la consultation du 5 novembre 2012. L'assuré était diabétique, souffrait d'un excès pondéral et présentait des séquelles de poliomyélite.
5. Le 17 octobre 2012, la SUVA a admis la prise en charge de l'accident du 5 août 2012, soit les coûts de traitement et le versement d'une indemnité journalière de CHF 226.20, dès le 8 août 2012.
6. Dans un rapport du 20 novembre 2012, le Dr C_____ a confirmé son diagnostic initial. L'incapacité de travail était de 100% jusqu'au 7 décembre 2012. Trois mois après l'entorse, l'évolution était favorable. Des séquelles poliotiques au niveau du membre inférieur droit pouvait influencer la guérison. Le traitement consistait en une rééducation et une remobilisation du genou droit en physiothérapie.
7. Lors d'un entretien téléphonique du 13 décembre 2012 avec la SUVA, l'assuré a indiqué être en arrêt de travail à 100% jusqu'au 13 mars 2013. Aucune intervention chirurgicale n'était prévue en raison de son âge. Il devait continuer la physiothérapie. Son genou n'était pas encore stable. Lorsqu'il marchait, il entendait un craquement. Pendant la nuit, il ne bougeait pas en raison des douleurs.
8. Dans un rapport du 11 janvier 2013, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement remplaçant de la SUVA, a relevé que la situation de l'assuré n'était pas encore stabilisée. Il était possible que l'assuré

puisse reprendre son activité habituelle de chauffeur. Actuellement, l'intéressé avait besoin d'une aide pour ses déplacements ainsi que pour s'installer et sortir de sa voiture. La poursuite de la physiothérapie était indispensable pour calmer la douleur et récupérer le maximum de masse musculaire, dans un contexte de séquelles de poliomyélite.

9. Lors d'un entretien à son domicile avec un inspecteur de la SUVA le 6 février 2013, l'assuré a décrit son activité habituelle de chauffeur, laquelle impliquait fréquemment, en plus de la conduite, d'accompagner ses clients faire des courses, de manipuler des bagages pouvant peser jusqu'à 40 kilogrammes et de travailler selon des horaires variés, y compris de nuit, pendant le week-end et les jours fériés. Il maîtrisait plusieurs langues étrangères. Son incapacité de travail était de durée indéterminée. Son état de santé évoluait lentement mais favorablement. Il subsistait des douleurs irradiantes et des lâchages intempestifs. Le genou droit restait enflé et douloureux au toucher sur le côté interne. La flexion de la jambe droite à l'équerre était impossible. Il utilisait régulièrement une béquille afin de monter ou de descendre les escaliers ou pour ses déplacements. Il marchait avec une boiterie prononcée et compensait avec sa jambe valide. Il pouvait accomplir les actes ordinaires de la vie courante, parfois avec de l'aide. La conduite durant plus de dix, voire quinze minutes, n'était plus possible. Il éprouvait des difficultés à monter et descendre de voiture. Il aimait son travail et espérait pouvoir reprendre son activité de chauffeur de limousine dès que son état de santé le lui permettrait. Informé sur le rôle et les prestations de l'assurance-invalidité, l'assuré a rappelé qu'il aurait l'âge de 64 ans en décembre 2013 et qu'il serait proche de la retraite, de sorte qu'une annonce auprès de l'assurance-invalidité ne lui semblait pas très judicieuse. Lors d'un entretien de même nature le 6 août 2013, il a réitéré son opposition à une annonce à l'assurance-invalidité, dans la mesure où il serait à la retraite en 2014.
10. Dans un rapport du 5 mars 2013, le Dr C_____ a considéré que, compte tenu des troubles de l'équilibre et du contexte de séquelles poliotiques, l'assuré restait dans l'impossibilité d'exercer son activité de chauffeur privé. Dans un rapport du 11 juin 2013, le Dr C_____ a persisté dans son analyse du cas, précisant que l'assuré se déclarait inapte à la reprise de son activité habituelle de chauffeur privé, en raison de l'insécurité douloureuse de son genou droit, et qu'il fallait s'attendre à ce que l'instabilité antéro-postérieure du genou droit demeure.
11. Dans un rapport du 16 août 2013, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a relevé que l'accident du 5 août 2012 avait eu pour conséquence une torsion du genou droit de l'assuré. Il existait des antécédents de poliomyélite sur le membre inférieur droit. Une IRM avait confirmé une lésion du ligament croisé antérieur et du ligament latéral interne. Une ligamentoplastie n'était pas indiquée. Le problème actuel résidait en une instabilité qui pouvait s'expliquer par les antécédents du côté droit. Le cas pouvait être considéré comme stabilisé. L'activité habituelle de chauffeur ne pouvait plus être exigée de l'assuré. Toutefois, sa capacité de travail demeurait pleine et entière

dans une activité réalisée en position assise, sans port de charges, sans déplacement dans des escaliers et sans devoir s'agenouiller. L'assuré suivait encore une physiothérapie au rythme de deux à trois séances hebdomadaires, étant précisé qu'il en avait déjà suivies entre 70 et 80. La SUVA devait prendre en charge une séance de physiothérapie par semaine pendant encore six mois, avant une réévaluation, un traitement antalgique habituel, une genouillère élastique et quatre consultations pendant une année auprès de son médecin traitant.

Dans un rapport annexe du même jour, le Dr E_____ a retenu une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 12%, sur la base des tables d'indemnisations, en particulier sur la sixième, relative aux instabilités articulaires. En effet, l'assuré présentait une lésion du ligament latéral interne et du ligament croisé antérieur, avec une instabilité modérée retrouvée à l'examen clinique. Ce type de lésion correspondait à un taux de 15%, lequel devait être pondéré à 12%, compte tenu de l'état antérieur et de l'insuffisance musculaire préalable à l'accident, qui empêchait la stabilisation articulaire par la musculature et entraînait la gêne décrite par l'assuré.

12. Dans un rapport du 2 septembre 2013, le Dr C_____ a relevé que l'état de l'assuré était stabilisé. Il partageait la position du Dr E_____ relative à la poursuite d'une physiothérapie d'entretien hebdomadaire pour la durée de six mois, selon l'évolution, et d'un traitement antalgique à la demande. L'incapacité totale de travailler en tant que chauffeur était probablement définitive. Une reconversion dans un travail de bureau en position assise était théoriquement envisageable.
13. Par courrier du 20 novembre 2013, la société a indiqué à la SUVA que durant la période du 5 août 2011 au 4 août 2012, elle avait versé à l'assuré un salaire de CHF 91'000.-. A teneur des fiches de salaire produites par la société, l'assuré avait perçu un salaire de CHF 7'500.- entre août 2011 et juin 2012 et de CHF 8'500.- dès juillet 2012.
14. Le 27 novembre 2013, la SUVA a informé l'assuré que, compte tenu des conclusions du Dr E_____, elle mettait fin au paiement des soins médicaux, à l'exception d'une séance de physiothérapie hebdomadaire pendant six mois à réévaluer, d'un traitement antalgique habituel et de crèmes anti-inflammatoires, d'une genouillère élastique simple et de quatre consultations pendant une année auprès de son médecin traitant. L'indemnité journalière allait être versée jusqu'au 31 décembre 2013 sur la base d'une incapacité de travail de 100%. Son éventuel droit à la rente ferait l'objet d'une décision ultérieure. Il appartenait à l'assuré de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail, en exerçant une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.
15. Par courrier du 16 janvier 2014, la société a déclaré à la SUVA que sans son accident, l'assuré aurait perçu un revenu annuel de CHF 102'000.- en 2013 et de CHF 107'400.- en 2014.

16. Par courrier du 24 janvier 2014, la SUVA a indiqué à l'assuré qu'une IPAI de 12% de son gain annuel de CHF 126'000.-, soit CHF 15'120.-, lui était allouée.
17. Le 10 février 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), invoquant sa blessure au genou. Dans ce contexte, l'assuré a notamment précisé qu'il était de langue maternelle française et arabe et qu'il avait travaillé comme chauffeur à temps plein du 1^{er} septembre 1993 au 31 décembre 2013.
18. Dans le questionnaire pour l'employeur du 19 février 2014 adressé à l'OAI, la société a confirmé que l'assuré avait exercé la profession de chauffeur jusqu'au dernier jour de son activité. Son salaire était de CHF 7'500.- de janvier à juin 2012 et de CHF 8'500.- dès le mois de juillet 2012. L'assuré avait perçu l'intégralité de son salaire de janvier 2012 à février 2014.
19. Dans une déclaration de salaires électronique pour le calcul des primes définitives de l'année 2013 adressée à la SUVA, la société a indiqué que l'assuré avait perçu un revenu de CHF 78'000.- en 2013, sur une masse salariale totale de CHF 1'395'958.-.
20. Le 8 mai 2014, l'assurance-invalidité a communiqué à la SUVA divers documents, dont les fiches de salaire pour le premier trimestre 2014, laissant apparaître un salaire de CHF 8'500.- par mois au bénéfice de l'assuré. À l'occasion d'une conversation téléphonique, la société a précisé qu'elle avait versé ce salaire à l'assuré, dans la mesure où il ne touchait plus de prestations de la SUVA ou de l'assurance-invalidité. Il n'avait toutefois pas effectivement travaillé.
21. Lors d'un entretien avec la SUVA le 7 octobre 2014, l'assuré a notamment expliqué avoir reçu des avances de la part de la société, dont il était actionnaire avec son frère, étant donné qu'il ne recevait plus aucune indemnisation. Il avait donc une dette vis-à-vis de sa société.
22. Dans un rapport du 4 novembre 2014, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin traitant de l'assuré, a retenu le diagnostic de status après une entorse grave du genou droit avec une fracture-enfoncement du plateau tibial externe, traitée conservativement dans un contexte d'antécédents de séquelles de monoplégie suite à une polio contractée à l'âge de six mois. Actuellement, il persistait un syndrome douloureux sur la face interne du genou et une petite instabilité qui expliquait les plaintes de l'assuré. Compte tenu de son âge, un traitement chirurgical ne rentrait pas en ligne de compte et le traitement conservateur devait être poursuivi sous la forme d'une physiothérapie régulière.
23. Dans un avis du 11 novembre 2014, le Dr E_____ a considéré que, compte tenu de l'avis du Dr F_____ et en l'absence de chirurgie post entorse, il convenait d'accepter la prise en charge de trois séries de neuf séances de physiothérapie par année. La SUVA en a informé l'assuré le 2 décembre 2014.

-
24. Le 23 décembre 2014, la caisse AVS de l'assuré a communiqué à la SUVA l'extrait du compte individuel (ci-après : CI) de ce dernier. Il en ressortait que l'intéressé avait été salarié de la société du mois de juin 1993 au mois de décembre 2013. Depuis 2000, les revenus suivants avaient été déclarés : CHF 70'000.- en 2000, CHF 69'000.- en 2001, CHF 91'600.- en 2002, CHF 94'400.- en 2003, CHF 94'800.- en 2004, CHF 27'400.- en 2005 (quatre mois), CHF 58'500.- en 2006 (huit mois), CHF 78'000.- en 2007 et 2008, CHF 58'500.- en 2009 (neuf mois), CHF 89'000.- en 2010, CHF 90'000.- en 2011, CHF 96'000.- en 2012 et CHF 102'000.- en 2013.
25. Dans un document interne du 2 mars 2015, la SUVA a retenu cinq emplois adaptés à l'état de santé de l'assuré, parmi les descriptifs de postes de travail (ci-après : DPT). Le revenu moyen tiré de ces activités était de CHF 58'286.20 en 2014. Les postes, accompagnés des modalités d'emploi, des exigences physiques, des conditions salariales, de la description de l'activité, des qualifications spéciales requises et du temps de formation nécessaire, étaient les suivants :
- Pour une entreprise à RENENS (VD) : fabricant d'instrument de mesure (assemblage palpeurs 3D), activité permettant le travail assis et nécessitant souvent de porter des charges très légères (jusqu'à 5 kilogrammes) et le maniement d'objets légers ou à motricité fine et la rotation de la main, parfois de soulever des charges de moins de 5 kilogrammes au-dessus du buste, et rarement de porter des charges légères (entre 5 et 10 kilogrammes), d'effectuer des mouvements de rotation et de flexion des genoux et de marcher moins de 50 mètres. L'usage des deux mains était indispensable. La maîtrise du français orale était nécessaire et la durée de la formation à l'interne de un à deux mois ;
 - pour une entreprise à LE LIEU (VD) : collaborateur de production (angleur), activité nécessitant très souvent le maniement d'objets léger ou à motricité fine et le maintien de la position assise, souvent l'adoption de la position et de la mobilité assise et penchée, l'effort étant le même que celui de la position assise, et de marcher moins de 50 mètres, et parfois de porter des charges très légères (jusqu'à 5 kilogrammes) ou légères (entre 5 et 10 kilogrammes). L'usage des deux mains était indispensable. La durée de la formation à l'interne était de deux à trois mois ;
 - pour une entreprise à LE SENTIER (VD) : ouvrier en horlogerie (opérateur d'assemblage), activité nécessitant très souvent le port de charges de quelques grammes, le maniement d'objets légers ou à motricité fine, la rotation de la main, l'adoption de la position assise penchée, l'effort étant le même que celui de la position assise, et le maintien de la position assise, et rarement des marches de moins de 50 mètres. L'usage des deux mains était indispensable. La durée de formation à l'interne était d'une année ;
 - pour une entreprise à LAUSANNE (VD) : employé de garage (téléphoniste, réceptionniste), activité nécessitant très souvent le maintien de la position assise, souvent le port de charges très légères (jusqu'à 5 kilogrammes) et le maniement

d'objets légers ou à motricité fine, et rarement des mouvements de rotation. L'usage des deux mains était indispensable. La durée de formation à l'interne était de deux mois ;

- pour une entreprise à LE BRASSUS (VD) : ouvrier en horlogerie (angleur manuel sur touret), activité nécessitant très souvent le port de charges très légères (jusqu'à 5 kilogrammes), le maniement d'objets légers ou à motricités fines et le maintien de la position assise. L'usage des deux mains était indispensable. Des connaissances en français étaient exigées. La durée de la formation à l'interne était de six à huit mois.

26. Par décision du 3 mars 2015, la SUVA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité mensuelle de CHF 1'092.- dès le 1^{er} janvier 2014, basée sur un gain annuel assuré de CHF 91'000.- et une incapacité de gain de 18%. L'assuré était apte à exercer à plein temps une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, pour autant qu'il puisse travailler assis sans devoir trop mettre à contribution son genou droit. Une telle activité permettait de réaliser un revenu de CHF 5'338.- par mois, treizième salaire compris. Comparé au salaire de CHF 6'500.- réalisable avant l'accident, la perte de gain s'élevait à 18%.

S'agissant de l'IPAI, celle-ci s'élevait à CHF 15'120.-, sur la base d'un taux de 12% et d'un gain annuel de CHF 126'000.-. Cette indemnité avait d'ores et déjà été versée à l'assuré le 24 février 2014.

27. Par courrier du 15 avril 2015, l'assuré a, par l'intermédiaire de son conseil, formé opposition à cette décision, concluant à la prise en charge d'une séance de physiothérapie par semaine, à ce qu'une incapacité de gain de 100% lui soit reconnue et à l'octroi d'une IPAI supérieure à 12%.

En ce qui concerne le traitement conservateur dont il bénéficiait, celui-ci ne portait plus que sur trois séries de neuf séances de physiothérapie par année, au lieu d'une séance hebdomadaire. Cette diminution était injustifiée et inadéquate et entraînait la péjoration de la mobilité de son genou droit, ainsi qu'une augmentation des douleurs. Le maintien d'une séance de physiothérapie hebdomadaire était considéré comme nécessaire par le Dr F_____.

S'agissant de son incapacité de gain, son âge devait être pris en compte, dans la mesure où il était plus difficile, voire impossible, pour une personne âgée de plus de 60 ans de se réinsérer sur le marché du travail équilibré. En l'occurrence, l'accident du 5 août 2012 était intervenu alors qu'il était âgé de 62 ans. À cette époque, il avait travaillé depuis près de 20 ans pour le compte de sa société, en qualité de chauffeur et de directeur. Son travail de cadre était principalement lié à sa connaissance de la structure de la société et son ancienneté, mais pas à une formation de cadre lui permettant d'accéder aisément à un poste de ce type dans une autre entreprise. En outre, après 20 ans passés au sein de la même entreprise, s'adapter à un nouvel environnement apparaissait d'autant plus difficile. Compte tenu de ces éléments, la SUVA ne pouvait pas considérer qu'il pourrait aisément

trouver un emploi lui permettant de réaliser un revenu mensuel de CHF 5'338.-. En tout état de cause, aucun rapport médical n'indiquait que l'exercice, même partiel, d'une activité lucrative restait exigible.

Depuis son accident, il souffrait d'une boiterie et de douleurs vives à la palpation. Il conservait une faiblesse dans le genou droit, lequel se dérobaît parfois sans raison apparente. Cela constituait une atteinte importante, durable et aux nombreuses répercussions, à son intégrité physique. Dès lors, il ne comprenait pas que l'IPAI soit limitée à 12%, dans la mesure où les indemnités pour les cas d'instabilité articulaire pouvaient être bien plus conséquentes.

28. Par décision sur opposition du 12 mai 2015, la SUVA a partiellement admis l'opposition de l'assuré et augmenté l'incapacité de gain de ce dernier à 25% (revenu sans invalidité de CHF 78'000.- ; revenu avec invalidité de CHF 58'286.-) Pour le surplus, l'opposition était rejetée.

Dans son rapport du 16 août 2013, le Dr E_____ avait retenu que l'exercice de l'activité habituelle de chauffeur n'était plus exigible en raison des séquelles de l'accident. Toutefois, dans une activité adaptée permettant de travailler assis, sans port de charges, sans déplacement dans des escaliers et sans devoir s'agenouiller, la capacité de travail était entière. Cet avis avait été partagé par le Dr C_____ dans son rapport du 2 septembre 2013. Le fait que le Dr F_____ considère la capacité de travail comme nulle ne suffisait pas à mettre en doute le fait que l'assuré soit en mesure d'exercer une activité adaptée à son atteinte à la santé. Sur ce point, le dossier était clair, et le rapport du Dr E_____ devait se voir reconnaître une pleine valeur probante.

L'assuré se limitait en substance à considérer que son âge justifiait l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Or, dans le régime de l'assurance-accident, lorsque l'assuré ne reprenait pas d'activité lucrative après l'accident en raison de son âge, ou si la diminution de la capacité de gain était essentiellement due à son âge, les revenus déterminants pour le calcul du degré d'invalidité étaient ceux qu'un assuré d'âge moyen dans le même état de santé pouvait réaliser. Ainsi, aucun élément ne permettait de retenir un degré d'invalidité supérieur à 25%.

En ce qui concerne l'IPAI, elle avait été fixée en tenant compte du rapport du 16 août 2013 du Dr E_____ et des tables d'indemnisation pour les atteintes à l'intégrité en cas d'instabilité articulaire (table 6). L'assuré présentait une atteinte associant une lésion du ligament latéral interne et du croisé antérieur avec une instabilité modérée retrouvée à l'examen clinique, justifiant de retenir un taux de 15%. Toutefois, compte tenu de l'état antérieur et de l'insuffisance musculaire préalable à l'accident qui empêchait la stabilisation articulaire et entraînait la gêne décrite, ce taux devait être pondéré et ramené à 12%. L'assuré indiquait ne pas comprendre le taux retenu, sans toutefois présenter des éléments permettant de le remettre en question.

Enfin, le 11 novembre 2014, le Dr E_____ avait considéré que, compte tenu de l'absence de chirurgie post-entorse, il convenait d'accepter la prise en charge de trois séries de neuf séances de physiothérapie par année. Il avait fondé son avis sur le rapport du 4 novembre 2014 du Dr F_____. Aucun avis médical divergeant ne figurait au dossier. De plus, le Dr F_____ avait prescrit une série de neuf séances de physiothérapie le 3 novembre 2014, puis une nouvelle série de neuf séances le 23 janvier 2015, ce qui s'inscrivait dans le rythme retenu par le Dr E_____. L'assuré ne démontrait pas nécessiter une séance de physiothérapie hebdomadaire, comme c'était le cas par le passé.

29. Par acte du 12 juin 2015, l'assuré a interjeté recours contre cette décision par-devant la chambre de céans, concluant à son annulation, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et au renvoi du dossier à l'intimée pour nouvelle décision en ce sens, sous suite de frais et dépens.

L'intimée avait considéré que son revenu sans invalidité était de CHF 78'000.-, sans fournir aucune explication y relative. De plus, ce revenu était en contradiction avec le revenu retenu par l'administration fiscale cantonale en 2011, ainsi que le courrier du 16 janvier 2014 de la société.

L'intimée avait fourni une liste d'offres d'emploi de fabricant d'instruments de mesures, de collaborateur de production, d'ouvrier en horlogerie et de téléphoniste. Cette liste ne fournissait aucune description précise des postes, en particulier en ce qui concerne les contraintes qu'ils impliquaient et leur cahier des charges. L'intimée n'avait pas déterminé si les divers métiers proposés, lesquels requerraient une grande précision (assemblage de petits composants, soudure, couture et montage), correspondaient aux compétences du recourant. En effet, son activité habituelle de chauffeur était très éloignée de ces métiers. L'intimée n'avait pas non plus investigué sa capacité à exercer la profession de téléphoniste, étant précisé qu'il n'était pas de langue maternelle française et qu'il devait être accompagné d'un traducteur pour pouvoir s'exprimer en français. De plus, les offres d'emplois annexées provenaient d'entreprises très éloignées de son domicile. Or, son état de santé ne lui permettait pas d'effectuer de tels déplacements.

Enfin, les DPT faisaient état d'un revenu d'approximativement CHF 48'000.- par année. L'intimée avait pourtant retenu un revenu avec invalidité de CHF 64'060.-, lequel était manifestement trop élevé pour une personne n'ayant jamais exercé les activités proposées. Ainsi, s'il fallait admettre, par impossible, que les postes de travail proposés correspondaient à une activité exigible de sa part, le calcul de rente était erroné. Son revenu sans invalidité était de CHF 102'000.- et son revenu avec invalidité de CHF 48'000.-, ce qui représentait une perte de gain de 52.94%.

À l'appui de ses écritures, le recourant a notamment produit un courrier du 8 avril 2015 établi par le Dr F_____ à l'attention de son conseil, et dans lequel ce médecin confirmait son appréciation du 4 novembre 2014 quant à la mobilité du genou,

indiquait ne pas avoir revu le recourant depuis le 23 janvier 2015 et considérait que l'évolution était linéaire, l'incapacité de travail restant complète.

30. Dans sa réplique du 25 août 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Dans le cas particulier, il convenait de déterminer l'incapacité de gain en se fondant sur la situation hypothétique d'un assuré d'âge moyen ayant subi le même type d'atteinte à la santé que le recourant. En effet, au moment de l'ouverture du droit à la rente, soit le 1^{er} janvier 2014, ce dernier était âgé de 64 ans et 11 jours et allait atteindre sous peu l'âge de la retraite. De plus, après son accident, l'intéressé n'avait pas pu mettre à profit sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, pour des motifs liés à son âge. Dans son rapport du 16 août 2013, le Dr E_____ avait tenu compte du fait que le recourant allait être prochainement à la retraite, attestant pour le surplus d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Dans son opposition, le recourant avait relevé que son âge était un obstacle majeur à l'embauche dans un nouvel emploi. Enfin, lors des entretiens du 6 février et du 6 août 2013, le recourant avait relevé qu'il aurait 64 ans en décembre 2013, et qu'il serait très proche de l'âge de la retraite.

S'agissant du revenu sans invalidité, le salaire du recourant s'élevait à CHF 78'000.- selon la déclaration de salaires électronique pour le calcul des primes définitives de l'année 2013. Un tel revenu correspondait aux usages locaux et professionnels. De plus, l'extrait de compte individuel du recourant mettait en évidence des revenus inférieurs à CHF 78'000.- depuis sa nomination en qualité de directeur, soit en 2001, 2005, 2006 et 2009. De 2001 à 2013, son revenu annuel moyen s'élevait à CHF 79'015.-. Un tel revenu devait toutefois être réduit à CHF 78'000.-, afin de tenir compte du fait qu'une personne de 40 à 45 ans bénéficiait d'une expérience moins importante et donc d'un revenu inférieur à celui d'une personne de 64 ans.

En ce qui concerne le salaire avec invalidité de CHF 58'286.- établi sur des bases statistiques, les objections soulevées par le recourant ne permettaient pas de le remettre en cause. En effet, l'intéressé avait reçu une liste détaillée des postes de travail, lui permettant de connaître les exigences physiques et le cahier des charges de chaque activité. L'éloignement des emplois proposés par rapport au domicile du recourant demeurait dans une proportion parfaitement acceptable, une certaine mobilité pouvant être demandée aux assurés. La liste proposée tenait compte de la durée de formation nécessaire, étant rappelé que la personne de référence était âgée de 40 à 45 ans et avait par conséquent le temps nécessaire pour se former à son nouvel emploi. Quant à la barrière de la langue avancée par le recourant pour l'activité de téléphoniste, ce dernier avait pourtant soutenu maîtriser plusieurs langues étrangères dans le cadre de l'entretien du 6 février 2013. De plus, il n'avait jamais eu recours à un interprète lorsqu'il s'était adressé à ses services. En réalité, les compétences linguistiques du recourant lui procuraient un atout sur le marché du travail.

Au vu de ces éléments, le degré d'invalidité était de 25%. S'agissant de l'IPAI et de la prise en charge des séances de physiothérapie, la décision querellée devait être confirmée, en l'absence de toute motivation ou de conclusion sur ces deux points dans le cadre de son recours.

31. Dans sa réplique du 9 octobre 2015, le recourant a persisté dans ses conclusions.

L'intimée partait du principe qu'il aurait pris sa retraite à l'âge de 65 ans, ce qui était manifestement inexact. En effet, il était directeur, depuis 2001, et seul administrateur de sa société, qu'il avait fondée avec son frère. Il n'était donc pas un salarié ordinaire, puisque la société ne pouvait pas fonctionner sans lui. Il était dans le cours ordinaire des choses qu'un patron de PME poursuive son activité jusqu'à ce que son état de santé ne le lui permette plus. De plus, l'ancien comptable de la société avait soustrait la somme de CHF 500'000.-, ce qui aurait rendu sa présence au sein de l'entreprise d'autant plus indispensable, si son état de santé le lui avait permis.

La méthode de calcul du degré d'invalidité retenue par l'intimée impliquait que l'âge soit la raison principale du fait qu'il n'avait pas repris d'activité lucrative après son accident. Or, on ne pouvait déduire de son seul âge qu'il n'aurait pas repris une telle activité. Dans le cadre de son opposition, il avait simplement indiqué que la perspective d'une opération avait été écartée en raison de son âge et de sa condition physique, ce qui ne signifiait pas que son âge l'empêchait de travailler. Sa fonction de directeur consistait à gérer les relations publiques, ce qui impliquait de nombreux déplacements et la participation à des événements nécessitant de pouvoir se tenir debout. Privé de ses capacités, il avait dû mettre fin à son activité. Ainsi, c'est bien son état de santé qui l'avait empêché de reprendre une activité professionnelle, ce que le Dr F_____ avait confirmé dans ses rapports des 4 novembre 2014 et 8 avril 2015.

Le revenu sans invalidité de CHF 78'000.- retenu par l'intimée était difficilement compréhensible, eu égard à sa qualité de directeur et administrateur d'une société en plein essor. L'usage professionnel invoqué pour justifier ce montant entrait en contradiction avec sa situation professionnelle et ses revenus de CHF 102'000.- en 2013. L'intimée avait justifié le montant de CHF 78'000.-, en s'appuyant sur la moyenne de ses revenus entre 2001 et 2013. Cette méthode de calcul était contestée, notamment en raison du fait que durant ces années, la société était en cours de développement. Son salaire croissant en 2011 (CHF 94'800.-) et 2012 (CHF 102'000.-) le démontrait. En tout état de cause, il convenait de se fonder, non pas sur une moyenne de ses revenus, mais sur son dernier salaire avant l'accident, soit CHF 102'000.-.

Quant à l'éloignement des emplois proposés par l'intimée, aucune mobilité ne pouvait être exigée de sa part, en raison de son état de santé. Si les déplacements professionnels retenus par l'intimée lui étaient imposés, il en résulterait une aggravation de son état.

Quant aux emplois proposés, ils n'étaient adaptés qu'à une personne âgée de 40 à 50 ans. Ils nécessitaient également une mobilité et une habileté manuelle qu'il n'avait pas. En outre, même sur un marché du travail équilibré, il n'était pas en mesure d'exercer l'activité de standardiste, puisqu'il ne parlait et ne comprenait que difficilement la langue française. En réalité, tous les postes proposés requerraient une bonne connaissance du français. Par conséquent une comparution personnelle des parties était nécessaire afin d'évaluer son niveau linguistique.

32. Dans sa duplique du 4 novembre 2015, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

À teneur du rapport du 4 novembre 2014 du Dr F_____, il apparaissait que le recourant n'avait pas été en mesure de récupérer sa pleine capacité de travail en raison de son âge, lequel excluait toute opération chirurgicale. Dès lors, c'est à juste titre qu'elle avait déterminé le degré d'invalidité du recourant en se fondant sur la situation hypothétique d'un assuré d'âge moyen ayant subi le même type d'atteinte à la santé. Les déclarations de l'intéressé lors de l'instruction démontraient clairement qu'il n'avait jamais eu l'intention de poursuivre une activité lucrative au-delà de l'âge de la retraite. Même s'il comptait parmi les dirigeants de la société, il n'en était que salarié. Le dépôt de plainte pénale n'était pas de nature à démontrer le contraire, ce d'autant plus que les difficultés financières de la société invoquées entraient en contradiction avec les déclarations du recourant, selon lesquelles ladite société était en plein essor. Malgré l'accident du recourant, ladite société poursuivait son activité.

Le recourant soutenait que son salaire s'élevait à CHF 102'000.- en 2013, ce qui ressortait de son extrait de compte individuel. Toutefois, l'accident s'était produit en 2012 et les indemnités journalières perçues ne constituaient pas des revenus soumis à cotisations AVS. Ainsi le revenu de CHF 102'000.- avait été déclaré à tort à l'AVS et ne correspondait pas au revenu effectivement réalisé.

Enfin, malgré les critiques du recourant, les DPT qui lui avaient été soumis correspondaient aux limitations fonctionnelles décrites par les médecins.

33. À la suite de 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) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 38 et 56 à 61 LPGA).
4. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

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).

Les questions qui – bien qu'elles soient visées par la décision administrative, et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation – ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 122 V 244 consid. 2a ; ATF 117 V 295 consid. 2a ; voir aussi ATF 122 V 36 consid. 2a). Par ailleurs, l'autorité de recours n'examine les questions formant l'objet du litige, mais qui ne sont pas contestées, que s'il existe des motifs suffisants de le faire au regard des allégations des parties ou d'indices ressortant du dossier (ATF 125 V 417 consid. 2c).

En l'occurrence, dans sa décision sur opposition du 12 mai 2015, la SUVA a octroyé au recourant une rente d'invalidité de 25% et confirmé son droit à une IPAI de 12% et à la prise en charge de trois séries de neuf séances de physiothérapie par année.

Dans le cadre de son recours du 12 juin 2015, le recourant s'est limité à conclure à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée, remettant ainsi en cause le calcul de son incapacité de gain et, par conséquent, son degré d'invalidité.

Compte tenu de ce qui précède, le litige porte exclusivement sur le principe et la quotité de la rente d'invalidité du recourant, en particulier sur la détermination de son incapacité de gain, à l'exclusion des questions relatives à la prise en charge des soins et à l'IPAI, non contestées dans le cadre du recours.

5. a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGGA).

b) Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGGA).

c) Aux termes de l'art. 18 al. 2 LAA, le Conseil fédéral règle l'évaluation du degré de l'invalidité dans des cas spéciaux ; il peut à cette occasion déroger à l'art. 16 LPGGA. Il a fait usage de cette compétence à l'art. 28 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA ; RS 832.202), dont l'alinéa 4 prévoit que 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. 135 s.). D'après cette norme, il y a lieu de faire abstraction du facteur de l'âge non seulement pour la fixation du revenu d'invalidité, mais également pour la détermination du revenu sans invalidité (ATF 114 V 310 consid. 2 p. 312 ; 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 p. 419, 426 consid. 2 p. 427). 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 p. 235, U 245/96 consid. 3c ; arrêt du Tribunal administratif fédéral U 538/06 du 30 janvier 2007, consid. 3.2).

d) À teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

6. a) L'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 15/06 du 21 décembre 2006 consid. 2.2). La notion d'invalidité définie à l'art. 8 LPGA, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2d ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 853/05 du 28 décembre 2006 consid. 4.1.1).

b) Pour déterminer le revenu sans invalidité avant un accident, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé utiliser pleinement sa capacité de travail. Peu importe de savoir si l'assuré mettait à profit, entièrement ou partiellement seulement, sa capacité de travail; ces éléments sont pris en compte au travers du montant du gain assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_708/200 du 21 août 2008 consid. 5.5). Lorsqu'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on prendra en compte le revenu qu'il obtenait dans le poste occupé jusqu'alors (RAMA 2006 n° U 568 p. 66, consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 5.5). La prise en compte des gains accessoires intervient sans égard au rendement et au temps consacré pour leur obtention. Elle s'étend donc aux revenus obtenus dans une activité accomplie en supplément d'un emploi exercé dans les limites d'un horaire de travail normal (arrêt du Tribunal fédéral 8C_676/2007 du 11 mars 2008 consid. 3.3.2). Les revenus réalisés dans des activités accessoires ne sont pris en compte dans le revenu sans invalidité que si l'on peut admettre que l'assuré aurait continué, selon toute vraisemblance, à les percevoir sans la survenance de l'atteinte à la santé. En d'autres termes, la prise en compte d'un revenu accessoire suppose un lien entre l'atteinte à la santé et la cessation de l'activité s'y rapportant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_274/2009 du 3 décembre 2009 consid. 6 et les références).

S'agissant de la fixation du revenu d'invalidité, ce n'est pas le fait que l'assuré mette réellement à profit sa capacité résiduelle de travail qui est déterminant, mais bien plutôt le revenu qu'il pourrait en tirer dans une activité raisonnablement exigible. Le caractère raisonnablement exigible d'une activité doit être évalué de manière objective, c'est-à-dire qu'on ne peut simplement tenir compte de l'appréciation négative par l'assuré de l'activité en cause. En application de ce principe, la jurisprudence admet très largement le caractère exigible d'une activité (Ulrich

MEYER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2ème éd., p. 294ss). Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa), ou de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT). La détermination du revenu d'invalidé sur la base des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifiée ni admissible (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3).

c) Les prestations allouées en cas d'incapacité de gain par les assureurs sociaux ou privés ont pour but d'atténuer au mieux les effets préjudiciables d'une atteinte à la santé sur la capacité de gain de la personne assurée. Chez une personne de condition indépendante (situation à laquelle il convient d'assimiler celle du propriétaire d'une société anonyme unipersonnelle), la comparaison des résultats d'exploitation réalisés dans l'entreprise avant et après la survenance de l'invalidité ne permet de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité que dans le cas où l'on peut exclure au degré de vraisemblance prépondérante que les résultats de l'exploitation aient été influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité. En effet, les résultats d'exploitation d'une entreprise dépendent souvent de nombreux paramètres difficiles à apprécier, tels que la situation conjoncturelle, la concurrence, l'aide ponctuelle des membres de la famille, des personnes intéressées dans l'entreprise ou des collaborateurs. Le plus souvent, les documents comptables ne permettent pas, en pareils cas, de distinguer la part du revenu qu'il faut attribuer à ces facteurs - étrangers à l'invalidité - et celle qui revient à la propre prestation de travail de l'assuré. En règle générale, seule la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité est de nature à permettre, dans ce genre de situation, une évaluation conforme au droit fédéral des effets de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_218/2015 du 15 octobre 2015, consid. 6.3 et les références citées).

Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu d'invalidé, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour non-actifs (art. 8 al. 3 LPGA et art. 27 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI; RS 831.201]), procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (procédure extraordinaire d'évaluation). La différence fondamentale entre cette procédure et la méthode

spécifique réside dans le fait que l'invalidité n'est pas évaluée directement sur la base d'une comparaison des activités ; on commence par déterminer, au moyen de cette comparaison, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 104 V 135 consid. 2c).

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4 et les références).

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 convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c).

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).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

8. 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).
9. a) En l'espèce, l'intimée se fonde sur l'avis du Dr E_____ et considère que l'incapacité de travail du recourant dans l'activité habituelle de chauffeur est entière. En revanche, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, l'intéressé est en mesure de travailler à plein temps. Pour déterminer le degré d'invalidité de ce dernier, l'intimée fait usage de la méthode de comparaison des revenus et applique l'art. 28 al. 4 OLAA, considérant que le recourant n'a pas repris d'activité professionnelle en raison de son âge. Selon elle, le revenu sans invalidité dans l'activité habituelle de chauffeur pour une personne d'âge moyen, soit entre 40 et 45 ans, est de CHF 78'000.- par année. Quant au revenu avec invalidité, il se monte à CHF 58'286.-, selon les DPT sélectionnés. Le degré d'invalidité est par conséquent de 25%.

Pour sa part, le recourant conteste l'application de l'art. 28 al. 4 OLAA, soutenant que seul son état de santé l'a empêché de reprendre une activité professionnelle, et non son âge, comme l'attestait le Dr F_____. Il n'avait pas pu reprendre son activité de directeur de sa société en raison des conséquences de son accident. Il soutient

également qu'en tant que « patron de PME », le fait qu'il atteigne l'âge légal de la retraite ne signifie pas qu'il aurait effectivement pris sa retraite. S'agissant du revenu sans invalidité, il devrait être de CHF 102'000.-, soit son revenu en 2013. Quant au revenu d'invalidité, les postes de travail retenus sont trop éloignés de son domicile et ne sont adaptés ni à ses compétences, ni à ses connaissances de la langue française.

b) En l'occurrence, il ressort du dossier que les Drs E____, médecin d'arrondissement de la SUVA, et C____, médecin traitant du recourant, partagent la même analyse du cas du recourant dans leur rapport respectif des 16 août et 2 septembre 2013. Ces deux médecins considèrent en effet que l'intéressé est incapable de reprendre son activité de chauffeur, mais qu'il est en mesure de travailler à plein temps dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Seul le Dr F____, dans son courrier du 8 avril 2015 adressé au conseil du recourant, estime que l'incapacité de travail est entière. Cela étant, outre le fait que le Dr F____ est le médecin traitant du recourant, que son courrier est postérieur à la décision querellée et qu'il répond à un courrier du conseil de l'intéressé dont la teneur est inconnue, cet élément n'est pas suffisant pour remettre en cause les conclusions concordantes des Drs E____ et C____. En effet, le Dr F____ n'apporte aucun élément objectif qui aurait été ignoré par ses confrères et qui permettrait de contester leur analyse respective du cas. De plus, le Dr F____ ne motive pas son appréciation de la capacité de travail, au point que l'on ignore si l'incapacité de travail totale s'applique exclusivement à l'activité de chauffeur ou si elle est générale.

Par conséquent, il n'existe aucun motif qui autoriserait la chambre de céans de s'écarter des conclusions des Drs E____ et C____. Ainsi, il convient de retenir que le recourant présente une incapacité totale d'exercer la profession de chauffeur, mais qu'il peut travailler à plein temps dans une activité adaptée, soit réalisée en position assise, sans port de charges, sans déplacement dans des escaliers et sans devoir s'agenouiller.

c) Comme relevé précédemment, le calcul du degré d'invalidité du recourant, tel qu'il ressort de la décision entreprise, repose sur l'application de la méthode de comparaison des revenus et de l'art. 28 al. 4 OLAA et sur le fait que l'intimée a considéré que la profession de chauffeur était l'activité habituelle du recourant.

À titre liminaire, il convient de constater que les différentes déclarations du recourant et de sa société au sujet de son activité professionnelle effective et du salaire perçu sont contradictoires et variables au fil du temps et selon les institutions auxquelles elles sont adressées. Cela étant, il ressort des différents éléments du dossier et des explications fournies par le recourant que l'activité habituelle de ce dernier ne consiste pas simplement en une activité de chauffeur salarié. En effet, si l'intéressé est employé en qualité de chauffeur depuis 1993 par sa société, il occupe également la position de directeur depuis 2001. Certes les rapports des Drs E____

et C_____ permettent-ils de déterminer la capacité de travail du recourant dans l'activité de chauffeur. Toutefois, ils ne contiennent aucun élément sur sa capacité de travail dans l'activité de directeur. S'ajoute à cela le fait que le recourant est le co-fondateur de la société et qu'il en est l'unique administrateur. Ainsi, au moment de l'accident en 2012, le recourant n'exerçait pas une, mais trois activités différentes. Compte tenu de la jurisprudence du Tribunal fédéral assimilant l'administrateur unique d'une société à un indépendant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_218/2015 du 15 octobre 2015, consid. 6.3) et vu qu'aucun élément au dossier ne permet de déterminer la part du revenu du recourant correspondant à chacune des activités précitées, l'intimée n'aurait pas dû appliquer la méthode de comparaison des revenus pour déterminer le degré d'invalidité, mais la méthode extraordinaire.

Une telle conclusion se justifie d'autant plus que les contraintes physiques de la profession de chauffeur ne sont manifestement pas les mêmes que celles d'un directeur ou d'un administrateur de société.

d) Par conséquent, la décision querellée doit être annulée et la cause renvoyée à l'intimée, afin qu'elle établisse concrètement quelles sont les conséquences de l'atteinte à la santé du recourant sur sa capacité de travail dans ses différentes activités, et, cela fait, qu'elle détermine le degré d'invalidité au moyen de la méthode extraordinaire. Compte tenu de l'issue du litige, les questions de l'application de l'art. 28 al. 4 OLAA, du moment du départ en retraite du recourant et de l'éloignement et de la pertinence des DPT proposés par l'intimée peuvent demeurer ouverte.

10. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 12 mai 2015 sera annulée, en ce qui concerne le degré d'invalidité.
11. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 800.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 12 mai 2015 au sens des considérants.
4. Renvoie la cause à l'intimée, afin qu'elle détermine le droit éventuel du recourant à une rente d'invalidité au sens des considérants.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant la somme de CHF 800.- à titre de dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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