RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2884/2022 **ATAS/96/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 février 2023

8ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GAILLARD, France	recourant
contre	
HELVETIA COMPAGNIE SUISSE D'ASSURANCES SA, sise Dufourstrasse 40, SAINT-GALL, représentée par HELVETIA COMPAGNIE SUISSE D'ASSURANCES SA, Service juridique assurances de personnes, ZURICH	intimée

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente suppléante; Saskia BERENS TOGNI et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1975, était employé au service des sinistres de E_____ (ci-après : E_____). À ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de cet assureur, lequel a été repris par HELVETIA COMPAGNIE SUISSE D'ASSURANCES SA (ci-après : Helvetia).

b. E_____ a pris en charge les suites d'un événement survenu le 17 juin 2006 lors duquel l'assuré avait chuté en jouant au ping-pong et s'était blessé au genou droit. Le 25 janvier 2010, la résection de la corne postérieure du ménisque interne de ce genou a été effectuée, sous arthroscopie.

c. Depuis le 1er mai 2020, l'assuré collabore à plein temps auprès de E_____ (ci-après : E_____).

d. Par pli du 23 juillet 2021 à Helvetia, l'assuré a sollicité le versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI), en expliquant que, depuis le sinistre du 17 juin 2006, il avait « toujours souffert de [son] genou droit et plus encore ces derniers temps » en raison de l'âge et de l'arthrose. Il a également annoncé cette rechute en complétant une déclaration de sinistre le 1er octobre 2021.

e. Dans un rapport du 14 octobre 2021, le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a constaté un genou droit calme et mobile, sans épanchement intra-articulaire, et des douleurs à la palpation de l'interligne fémoro-tibial interne avec testing méniscal interne positif.

f. L'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du genou droit du 15 octobre 2021 a révélé une chondropathie grade 2 unicompartimentale tibiale interne, un discret signe de chondromalacie fémoro-rotulienne externe, sans signe pour lésion ulcérative, une méniscectomie partielle interne avec suspicion d'une petite déchirure au niveau du bord libre, et une suspicion de déchirure au moins subtotale au niveau du ligament croisé antérieur.

g. Par appréciation du 25 octobre 2021, le docteur C_____, spécialiste en chirurgie et médecin-conseil de Helvetia, a considéré que, en l'état du dossier, l'assuré présentait une gonarthrose fémoro-tibiale débutante, avec une bonne fonction du genou droit, dont l'évolution n'était pas prédictible. Le taux d'atteinte à l'intégrité n'était pas supérieur à 5% selon la table 5 « Taux d'atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses » publiée par les médecins de la SUVA, taux qui devrait être revu en cas de dégradation ultérieure du genou.

h. Le 5 novembre 2021, Helvetia a versé à l'assuré un montant de CHF 5'340.-, correspondant au taux de l'IPAI à 5%.

i. Dans un rapport du 19 novembre 2021 relatif à une consultation le 21 octobre 2021, le Dr B_____ a constaté, en plus des éléments déjà mentionnés dans son

précédent rapport, un morphotype en varus à trois travers de doigts intercondyliens, sans instabilité résiduelle. Il a indiqué que les douleurs au genou droit n'empêchaient pas les activités de la vie quotidienne ni l'activité professionnelle, et qu'une ostéotomie de valgisation précédant une probable prothèse totale de genou avait été évoquée. Dans un courriel du 25 octobre 2021 à Helvetia, l'assuré avait déclaré ne pas être convaincu de la réalisation de l'ostéotomie de valgisation, opération lourde pouvant avoir des conséquences importantes. Il pouvait gérer les douleurs quotidiennes, le seul traitement consistait en la prise de Chondrosulf.

j. Par appréciation du 23 novembre 2021, le Dr C_____ a maintenu un taux d'atteinte à l'intégrité à 5%, en relevant que la mise en place d'une prothèse totale du genou n'était pas inéluctable, d'autant moins que le genou était stable avec une mobilité complète, et que l'ampleur d'une aggravation éventuelle n'était pas prédictible chez un assuré dont l'arthrose n'était pas formellement démontrée (en l'absence de radiographie) onze ans après une régularisation méniscale interne.

B. **a.** Par décision du 2 décembre 2021, Helvetia a mis fin au versement des prestations avec effet au 6 décembre 2021 et a fixé le taux de l'IPAI à 5%.

b. Par courrier du 23 décembre 2021, l'assuré s'est opposé à cette décision.

c. Helvetia a confié une expertise au docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a examiné l'assuré le 25 mars 2022 et requis une radiographie du genou droit, qui a été réalisée le 28 mars suivant. Celle-ci montrait, de face en appui, un discret amincissement de l'interligne chondro-méniscal médial sans réaction sous chondrale, et de profil, une rotule en place dans une trochlée de profondeur satisfaisante, et un léger épanchement articulaire.

Dans un rapport du 19 mai 2022, le Dr D_____ a retenu une arthrose moyenne du genou sans lésion ostéophytique, avec une chondropathie modérée et un discret amincissement de l'interligne fémoro tibiale interne, et conclu à un taux de l'atteinte à l'intégrité de 7,5% en se référant à la table 5 précitée, tout en précisant qu'une éventuelle aggravation future de l'état de ce genou n'était pas prévisible.

d. Le 20 mai 2022, l'assuré s'est exprimé sur le rapport d'expertise.

e. Le 20 juin 2022, le Dr D_____ a rendu un rapport complémentaire.

f. À la suite d'un échange de correspondances entre les parties en vue de trouver une solution transactionnelle, qui a toutefois échoué, Helvetia a réformé la décision du 2 décembre 2021, par décision sur opposition du 9 août 2022, en ce sens que l'ostéotomie de valgisation du genou droit serait prise en charge si elle devait s'avérer nécessaire par la suite, et alloué à l'assuré une IPAI de CHF 8'010.- fondée sur un taux de 7,5%.

C. **a.** Par acte du 8 septembre 2022, l'assuré a interjeté recours contre la décision du 9 août 2022 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice

(ci-après : chambre de céans), en concluant à l'allocation d'une IPAI d'un taux de 15%, et à la prise en charge d'une éventuelle implantation d'une prothèse totale de genou, de tout traitement médical (Chondrosulf, paracétamol), et de l'incapacité de travail en rapport avec les suites de l'accident du 17 juin 2006 sans limite de temps.

b. Dans sa réponse du 4 octobre 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens.

c. Dans sa réplique du 14 novembre 2022, le recourant a persisté dans ses conclusions, et sollicité un nouvel examen IRM, ainsi que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, sous suite de frais et dépens.

d. Dans sa duplique du 13 décembre 2022, l'intimée a maintenu sa position.

e. Dans son écriture du 20 janvier 2023, le recourant en a fait de même.

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).

1.1 Selon l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (al. 2).

1.2 En l'espèce, il ressort de la banque de données Calvin de l'office cantonal de la population et des migrations que le recourant, né dans le canton de Genève, y a vécu jusqu'au 31 août 2013, date de son départ pour la France. Ainsi, quand bien même celui-ci était domicilié en France (au moment du dépôt du recours), il était fondé à saisir la chambre de céans, soit le for au lieu du dernier domicile en Suisse.

Partant, la chambre de céans est compétente à raison de la matière et du lieu pour juger du cas d'espèce.

2. À 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.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours (du 8 septembre 2022) a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82*a* LPGA a contrario).

4. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date (le 17 juin 2006), le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront donc citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

5. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 et 60 LPGA; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

6. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 6 décembre 2021, singulièrement sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

7. Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

8. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

En particulier, savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

9. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du

20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a; ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).

Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

10. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Si l'assuré est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et 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 (art. 16 al. 2 LAA).

10.1 Le traitement médical et les indemnités journalières appartiennent, selon la jurisprudence fédérale, aux prestations temporaires (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et 133 V 57 consid. 6.6 et 6.7).

10.2 La limite temporelle de la prise en charge, par l'assureur-accidents, des prestations temporaires précitées (traitement et indemnités journalières) 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 (ATF 134 V 109 consid. 4.1). À teneur de la disposition précitée, 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 (art. 19 al. 1, 1ère phrase LAA). L'art. 19 al. 1 LAA délimite temporellement le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (ATF 134 V 109 consid. 4.1; arrêts du Tribunal fédéral 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009 consid. 5.1; U.305/03 du 31 août 2004 consid. 4.1; U.391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a), étant précisé que le droit au traitement médical existe aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (ATF 116 V 44 consid. 2c).

10.3 Il en va de même des indemnités journalières conformément à l'art. 16 al. 2 LAA, lequel stipule que le droit à l'indemnité s'éteint dès qu'une rente est versée. La naissance du droit à la rente supprime ainsi le traitement médical et les indemnités journalières (ATF 134 V 109 consid. 4.1). En effet, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 16 al. 2 LAA et art. 19 al. 1, 2ème phrase LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009 consid. 5.2 et les références citées).

10.4 Savoir ce que signifie une sensible amélioration de l'état de l'assuré (« namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten »; « un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato ») au sens de l'art. 19 al. 1 LAA n'est pas précisé par le texte légal. L'assurance-accidents sociale étant orientée vers les personnes actives, l'amélioration sensible de l'état de santé est liée à la mesure de l'amélioration de la capacité de travail. Ainsi, le législateur a voulu que l'amélioration de l'état de santé soit d'une certaine importance pour être « sensible » Les améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et les références citées ; voir également les arrêts du Tribunal fédéral U.244/04 du 20 mai 2005 et U.412/00 du 5 juillet 2001).

10.5 En résumé, l'assureur-accidents ne peut clore le cas, à savoir mettre un terme à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières, que s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3; 133 V 57 consid. 6.6.2; 128 V 169 consid. 1; 116 V 41 consid. 2c; cf. également ATAS/882/2016 du 24 octobre 2016 consid. 5c).

10.6 Par ailleurs, lorsque, d'une part, on ne peut attendre de la continuation du traitement une amélioration notable de l'état de l'assuré au sens de l'art. 19 al. 1 LAA et que, d'autre part, les conditions de l'art. 21 al. 1 LAA (relatif au traitement médical après la fixation de la rente) ne sont pas remplies, l'assureur-accidents n'a pas à prendre en charge le traitement médical. C'est alors à l'assurance-maladie obligatoire d'intervenir (ATF 134 V 109 consid. 4.2 in fine).

11. 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). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en

capital (al. 1, 1ère phrase); 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 (al. 1, 2ème phrase). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

11.1 L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d).

11.2 Selon l'art. 36 OLAA édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, 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 (al. 1, 1ère phrase); elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2ème phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique ou mentale, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1ère phrase).

11.3 Cette disposition a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.401/06 du 12 janvier 2007 consid. 2.2). Le caractère durable de l'atteinte doit être à tout le moins établi au degré de la vraisemblance

prépondérante (ATF 124 V 29 consid. 4b/cc). Quant au caractère important de l'atteinte, le ch. 1 de l'annexe 3 à l'OLAA précise que les atteintes à l'intégrité qui sont inférieures à 5% selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Il faut en conclure qu'une atteinte est réputée importante si elle atteint au moins ce pourcentage (Thomas FREI et Juerg P. BLEUER, Évaluation d'atteintes à l'intégrité multiples, in SUVA Medical 2012, p. 202).

11.4 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).

11.5 Entre le 1er janvier 2000 et le 31 décembre 2007, le montant maximum du gain assuré s'élevait à CHF 106'800.- par an et CHF 293.- par jour (art. 22 al. 1 aOLAA; RO 1998 2588).

11.6 En cas de rechute ou de séquelles tardives, la base de calcul déterminante pour le calcul de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité due est le montant maximum du gain annuel assuré au jour de l'accident (ATF 127 V 456 consid. 4).

11.7 L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 113 V 218 consid. 2a; RAMA 1988 p. 236) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb).

11.8 L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte. On procédera de même lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5% serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires – à l'exception des moyens servant à la vision (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2 de l'annexe 3).

11.9 La Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur www.suva.ch). 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 à l'OLAA

(ATF 132 II 117 consid. 2.2.3; ATF 124 V 209 consid. 4.cc; ATF 116 V 156 consid. 3).

11.10 Lors de la fixation de l'indemnité, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité (art. 36 al. 4 1ère phrase OLAA). De jurisprudence constante, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_494/2014 du 11 décembre 2014 consid. 6.2; RAMA 1998 n° U 320 p. 602 consid. 3b).

11.10.1 À titre d'exemples, le Tribunal fédéral a nié le caractère prévisible d'une aggravation en fonction de l'indication du médecin selon laquelle « il n'était pas impossible » que l'affection (périarthrite scapulo-humérale) entraînât « d'ici quelques années » une arthrose moyenne (RAMA 1998 p. 602 consid. 3b). Concernant un assuré dont les médecins avaient considéré que « vu les différentes lésions subies un diagnostic est difficile à prévoir et dépendra beaucoup de l'évolution arthrosique des différentes articulations et de leur sollicitation » et que la gonarthrose était « lentement évolutive » si bien qu'il n'était pas possible de dire dans quel délai une intervention chirurgicale pourrait s'avérer nécessaire, le Tribunal fédéral a jugé que, « à supposer que le survenance d'une future aggravation de l'atteinte à la santé puisse être considérée comme une circonstance établie, cette aggravation n'en est pour autant pas quantifiable, si bien qu'elle ne peut être prise en considération » (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U. 173/00 du 22 septembre 2000 consid. 2).

À l'inverse, il a admis l'aggravation prévisible d'une arthrose du genou dans le cas où le médecin a fait état d'une telle aggravation « en raison de l'évolution toujours défavorable de l'arthrose » (arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3, in SVR 2009 UV n° 27 p. 98). De même, dans le cas où un médecin avait considéré que l'implantation ultérieure d'une prothèse nécessiterait la réévaluation du taux de l'indemnité, le Tribunal fédéral a admis que, même si l'opération n'était pas réalisée dans un avenir immédiat, sa prévisibilité n'en demeurait pas moins acquise (arrêt du Tribunal fédéral 8C_563/2014 du 12 janvier 2015 consid. 5.3.2).

11.10.2 Par ailleurs, une révision de l'indemnité n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (art. 36 al. 4 2ème phrase OLAA; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.124/01 du 22 novembre 2001 consid. 1b). Elle doit être d'au moins 5% de plus que ce qui était pronostiqué (RAMA 1991 p. 306).

12. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de

l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

12.1 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).

12.2 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).

12.2.1 Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

12.2.2 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. 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).

13. 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).

14.

14.1 En l'espèce, la décision entreprise repose sur le rapport d'expertise du 19 mai 2022 du Dr D_____ et son complément du 20 juin 2022, dont le recourant conteste la valeur probante.

14.2 Or, ce rapport d'expertise a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical et radiologique. Il comprend les plaintes du recourant et est fondé sur l'examen clinique de celui-ci. Dans la mesure où le recourant ne cite aucune pièce médicale susceptible de mettre en cause les conclusions de l'expert et que les critiques qu'il émet à l'égard de l'expertise sont, comme on le verra ci-après, sans pertinence, celles-ci emportent la conviction.

14.2.1 Le recourant allègue que l'expertise est sommaire, que le Dr D_____ ne l'a ni mesuré ni pesé, que l'affirmation de l'expert selon laquelle il était difficile pour le recourant de se relever de la position accroupie est inexacte, car le spécialiste l'a vu se relever à l'aide de la table d'examen, de même qu'il est incorrect de mentionner que la fracture subie en 2003 au coude s'est remise favorablement puisque le recourant lui a indiqué que les douleurs subsistaient.

14.2.2 Ces éléments ne suffisent pas à jeter le discrédit sur les conclusions de l'expert.

En effet, contrairement à ce que fait valoir le recourant, l'expert a mesuré les périmètres musculaires de la cuisse, du genou et du mollet des deux côtés, puis examiné le genou droit et gauche (dossier intimée p. 41). Il a étudié les pièces médicales, en particulier les clichés de l'IRM du genou droit du 15 octobre 2021, ainsi que le résultat de la radiographie de ce genou du 28 mars 2022 (qu'il avait prescrite, p. 43). Aussi son évaluation était-elle basée tant sur l'examen clinique complet du recourant en ce qui concerne l'atteinte au genou droit (seule déterminante in casu) que sur le dossier d'imagerie y relatif. Même si, comme le prétend le recourant, l'expert s'était contenté de retranscrire la taille et le poids communiqués par le recourant, ces deux données en soi ne sont pas pertinentes pour les questions ici litigieuses (stabilisation de l'état de santé, taux de l'IPAI), pas plus que ne le sont les douleurs que le recourant éprouve encore au coude, cette articulation ne faisant pas l'objet du litige. Par ailleurs, on ne voit pas que

l'expert ait commis une erreur en qualifiant de « difficile » l'acte de se relever de la position accroupie, que le recourant considère pour sa part « impossible » sans l'aide de la table d'examen, d'autant moins que les conclusions de l'expert se fondent sur l'état du genou droit au vu des résultats d'imagerie y compris radiologique (récent) et sur l'examen clinique lors duquel il a observé – à l'instar de l'orthopédiste traitant (rapport du 19 novembre 2021 p. 305-306) – une extension complète dudit genou, sans instabilité (p. 41). En outre, le fait que l'expert ait complété son rapport d'expertise le 20 juin 2022 afin de répondre aux questions supplémentaires de l'intimée en lien avec l'ostéotomie de valgisation et la prothèse totale du genou ne permet pas de conclure que son appréciation est dénuée de force probante.

14.3 En ce qui concerne la stabilisation de l'état du genou droit au 6 décembre 2021, que le recourant conteste, quand bien même il souffre de douleurs persistantes, force est de constater qu'il travaille à plein temps dans son activité habituelle (sans que les douleurs ne l'empêchent de l'exercer; dossier intimée p. 306). Même si l'orthopédiste traitant a évoqué la possibilité d'une ostéotomie de valgisation (p. 306), le Dr D_____, quant à lui, au vu du bilan radiologique, ne juge pas nécessaire cette opération à l'heure actuelle (p. 45-46). Quoi qu'il en soit, le recourant ne souhaite pas non plus la subir (p. 45). Dans ces conditions, il n'y a effectivement plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une amélioration sensible de l'état de santé du recourant, lequel peut être considéré comme stabilisé malgré la prise de médicaments (arrêt du Tribunal fédéral 8C_306/2016 du 22 septembre 2016 consid. 5.3) – Dafalgan (p. 40), paracétamol, anti-inflammatoire non stéroïdien, étant précisé que l'expert ne recommande pas le Chondrosulf (que le recourant a du reste arrêté [p. 40]), dont son efficacité d'après l'expert n'est pas prouvée au long cours (p. 46).

Par conséquent, l'intimée était fondée à refuser de prendre en charge le traitement médical au-delà du 6 décembre 2021. Le fait qu'elle ait d'ores et déjà reconnu de manière anticipée la prise en charge de l'ostéotomie de valgisation du genou (dont le lien de causalité avec l'accident en cause a été admis par l'expert, p. 28) ne modifie pas cette appréciation, tant et aussi longtemps que la réalisation de cette intervention chirurgicale n'est pas annoncée dans le cadre d'une rechute.

La question de savoir si la mise en place d'une prothèse totale du genou droit est en lien de causalité avec l'accident du 17 juin 2006 (que l'intimée conteste pour l'instant) peut demeurer indécise, puisque, au vu de l'état du genou droit à la date déterminante de la décision querellée (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), cette opération n'est de toute façon pas encore indiquée (dossier intimée p. 29; acte de recours p. 3). En outre, le recourant ne peut pas à ce stade prétendre à la prise en charge « anticipée » des frais découlant de la pose d'une prothèse totale du genou, car un tel droit n'existe pas en vertu de la loi. Ces questions pourront être examinées lors de l'annonce ultérieure d'une rechute. Autre est la question de savoir si l'aggravation future de l'état du genou droit (même en relation de

causalité avec l'accident assuré) est prévisible, car encore faut-il qu'elle soit quantifiable (ce qui n'est pas le cas en l'espèce, comme on le verra plus loin) afin qu'elle soit prise en compte dans la fixation actuelle du taux de l'IPAI.

14.4 La conclusion du recourant tendant au paiement des indemnités journalières en rapport avec l'accident du 17 juin 2006, sans limite de temps, est également dénuée de tout fondement, dès lors qu'il n'a pas présenté d'incapacité de travail dans le cadre de la rechute annoncée le 23 juillet 2021.

14.5 En ce qui concerne le taux de l'IPAI, le Dr D_____ a retenu l'existence d'une arthrose fémoro-tibiale moyenne du genou droit donnant droit à une IPAI de 5 à 15% selon la table 5 « Taux d'atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses » publiée par les médecins de la SUVA, et expliqué que, en l'absence d'une indication opératoire à ce jour et au vu des constatations clinique et radiologique, il se justifiait d'appliquer un taux intermédiaire de 7,5% (dossier intimée p. 47 et 28). Ce faisant, l'expert s'est déterminé sur le taux de l'IPAI sur la base de constatations médicales. Comme on l'a relevé plus haut, aucune pièce au dossier ne fournit d'éléments objectifs contraires qui permettraient de remettre en cause cette appréciation – que la chambre de céans considère comme probante pour les motifs exposés supra (consid. 14.2.1-14.2.2). Du reste, le recourant ne peut pas prétendre à un taux de 15%, soit le taux le plus élevé pour une arthrose moyenne touchant l'articulation fémoro-tibiale, conformément à la règle selon laquelle on retient le taux d'atteinte à l'intégrité le plus élevé lorsque l'articulation considérée présente une instabilité en plus de l'arthrose (cf. la table 5 précitée), dès lors que, comme on l'a dit plus haut (consid. 14.2.2), il n'existe pas une instabilité de l'articulation.

Par ailleurs, contrairement à ce que prétend le recourant, l'expert ne s'est pas borné à tenir compte de l'exercice de la profession assise pour évaluer le taux de l'IPAI lorsqu'il a indiqué « [o]n ne peut pas à ce jour être certain de l'évolution de ces lésions, d'autant que l'activité professionnelle est réalisée surtout en position assise » (dossier intimée p. 46). Il s'agit simplement d'un argument lui permettant de conclure que l'aggravation de l'état du genou droit n'est pas prévisible (voir également p. 47 [rapport d'expertise] et p. 28 [complément d'expertise]). De toute manière, même si le recourant souffre actuellement d'une arthrose fémoro-tibiale moyenne du genou droit, le Tribunal fédéral n'a pas considéré de manière générale que l'évolution d'une arthrose serait toujours défavorable, de sorte qu'en présence d'une telle atteinte, il conviendrait d'emblée d'admettre la condition du caractère prévisible d'une aggravation future (arrêt 8C_238/2020 du 7 octobre 2020 consid. 4.3). En tout état de cause, même en admettant la vraisemblance d'une future aggravation de l'arthrose, et bien que l'orthopédiste traitant ait évoqué une prothèse totale du genou (qui serait précédée d'une ostéotomie de valgisation, intervention que ne souhaite pas le recourant), aucune pièce médicale ne fait état du délai dans lequel une arthroplastie du genou droit avec implantation d'une prothèse pourrait s'avérer nécessaire. L'expert n'a pas non plus été en mesure de

quantifier l'évolution et la gravité de l'arthrose (dossier intimée p. 47 et 28). Par conséquent, la future IPAI n'est pas quantifiable à ce stade, de sorte qu'elle ne saurait être fixée dès à présent (dans ce sens : arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.173/00 du 22 septembre 2000 consid. 2).

Vu ce qui précède, il n'est pas nécessaire, comme le voudrait le recourant, de mettre en œuvre une nouvelle expertise, voire une nouvelle IRM (en vue de mettre en évidence la péjoration de son état), car le juge apprécie la légalité de la décision litigieuse d'après l'état de fait existant au moment où cette décision a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1). Les faits survenus postérieurement (soit cas échéant l'aggravation de l'état du genou droit) doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative. Ainsi, si le recourant entend établir l'existence d'une aggravation importante de l'état de son genou droit, il lui sera loisible de requérir auprès de l'intimée la révision exceptionnelle du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur l'art. 36 al. 4 OLAA (dans ce sens : arrêts du Tribunal fédéral 8C_420/2021 du 6 octobre 2021 consid. 5; 8C_238/2020 du 7 octobre 2020 consid. 4.3).

Enfin, dans la mesure où le gain annuel assuré à l'époque de l'accident s'élevait à CHF 106'800.- par an (art. 22 al. 1 aOLAA), le montant de l'IPAI fixé à CHF 8'010.- (106'800 × 7,5%) par l'intimée ne prête pas le flanc à la critique.

15. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

16. Le recourant (non représenté), qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

16.1 L'intimée, qui obtient gain de cause, conclut à l'octroi de dépens.

16.2 Selon la réglementation légale et la jurisprudence, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont pas droit à une indemnité de dépens, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré ou lorsque, en raison de la complexité du litige, on ne saurait attendre d'une caisse qu'elle se passe des services d'un avocat indépendant (ATF 126 V 143 consid. 4). Cette jurisprudence, fondée sur le principe de la gratuité de la procédure de première instance en droit fédéral des assurances sociales, l'emporte sur d'éventuelles dispositions contraires du droit de procédure cantonal (ATAS/956/2016 du 22 novembre 2016 consid. 27a; cf. également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.98/00 du 19 octobre 2000 consid. 3).

16.3 En l'espèce, le recours – quoique mal fondé – n'est ni téméraire ni ne témoigne de légèreté. La cause ne saurait être considérée comme complexe. Aussi l'intimée n'a-t-elle pas droit à l'octroi d'une indemnité de procédure.

17. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA a contrario).

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 suppléante
Nathalie LOCHER	Maya CRAMER

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