

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3367/2023

ATAS/407/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 5 juin 2024

Chambre 8

En la cause

A _____,

recourant

représenté par Me Samir DJAZIRI, avocat

contre

GENERALI ASSURANCES SA

intimée

Siégeant : Marie-Josée COSTA, Présidente suppléante ; Yves MABILLARD, Michael RUDERMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

A. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1968, travaillait comme serveur auprès de l'entreprise B_____ SA, sise à Genève. À ce titre, il était assuré contre le risque d'accident, professionnel ou non, auprès de GENERALI ASSURANCES SA (ci-après : l'assurance ou l'intimée).

B. a. Le 17 novembre 2018, l'assuré a fait une chute à vélo après avoir coincé une de ses roues dans les rails du tram. Il en est résulté une fracture du plateau tibial gauche Schatzker 6 avec syndrome des loges.

Il a été opéré le jour même en urgence pour fasciotomies et pose d'un fixateur externe. Les fasciotomies ont été refermées progressivement les 20 et 25 novembre 2018. L'ostéosynthèse définitive a été réalisée le 29 novembre 2018. Les suites ont été compliquées par une hémorragie et une importante nécrose cutanée au niveau de la loge externe.

b. Le 1^{er} février 2019, l'assuré s'est soumis à une mobilisation sous anesthésie générale du genou gauche en raison de la raideur de ce dernier.

c. L'assuré a été hospitalisé jusqu'au 25 janvier 2019, puis du 1^{er} au 22 février 2019.

d. Dans le questionnaire de l'assurance complété le 27 février 2019, l'assuré a indiqué : « En rentrant du travail, j'ai cédé le passage à une voiture, puis je voulais tourner et c'est à ce moment-là que ma roue avant s'est coincée dans les rails du tram. C'est alors que je suis tombé et mon tibia s'est heurté contre le rail ».

e. Suite à une récurrence de raideur du genou, l'assuré a été réopéré le 17 septembre 2019 par arthrolyse avec une cure de non-union avec greffe autologue de crête iliaque en raison du retard de consolidation. L'assuré a été hospitalisé jusqu'au 9 octobre 2019.

f. Sur demande de l'assurance, une expertise a été réalisée auprès du docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Selon le rapport du 23 décembre 2019, à une année du traumatisme, le résultat fonctionnel était très mauvais chez un assuré qui était relativement peu plaintif, coopérant et qui ne semblait pas manifester une quelconque exagération des signes et des symptômes.

Sur le plan médical, le cas n'était pas stabilisé, il fallait attendre la consolidation définitive. Toutefois, même une fois l'état stabilisé, l'expert concluait que la capacité de travail dans l'activité habituelle était définitivement nulle. La capacité de travail au moment de l'expertise était nulle dans toute activité. Il faudrait un délai minimum de six à neuf mois. L'assuré ne disposerait d'une capacité de travail que dans une activité strictement assise, avec déplacement occasionnel, sans port de charge autre qu'occasionnel de 5 kg, exceptionnellement de 10 kg. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, celle-ci devrait être fixée après la stabilisation de l'état de santé, elle s'élèverait certainement à 20% ou plus

compte tenu de la problématique de l'appareil extenseur qui allait grever le résultat fonctionnel du genou gauche et de la future prothèse. Les atteintes résultaient de l'accident du 17 novembre 2018, le *statu quo ante* ne serait jamais atteint. Au moment de l'expertise, l'assuré nécessitait l'utilisation de deux cannes anglaises à l'extérieur et d'une canne à l'intérieur. L'expert notait que, lors de l'accident, le vélo était pratiquement à l'arrêt.

g. Le scanner du genou du 13 novembre 2020 a permis de constater une progression de la consolidation métaphyso-diaphysaire ainsi que la stabilité des irrégularités articulaires et des ébauches ostéophytaires condyliennes.

h. Le 30 mars 2021, l'assuré s'est soumis à l'ablation de matériel d'ostéosynthèse du genou gauche et a pu rentrer à domicile dès le lendemain.

i. Un complément d'expertise a été effectué auprès du Dr C_____ le 12 octobre 2022. Dans son rapport du 21 octobre 2022, l'expert a retenu un état stabilisé avec notamment une importante amyotrophie du membre inférieur gauche et un conséquent œdème du segment jambier. Il était extrêmement peu probable que la poursuite de la physiothérapie puisse améliorer l'arthrofibrose au vu des séquelles dues à l'accident, l'assuré ayant par ailleurs déclaré que, durant l'année 2021, il n'y avait eu que peu d'amélioration et aucune en 2022. Seule une activité adaptée assise était exigible à plein temps à la date de l'examen. Celle-ci devait être strictement assise avec déplacements très occasionnels sur des surfaces planes, sans échelle ou terrain en déclive, avec port de charge très occasionnel de 5 kg, exceptionnellement 10 kg. La capacité de travail dans l'activité habituelle était définitivement nulle. Compte tenu de la gonarthrose tricompartmentale dans un contexte d'arthrofibrose, le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité était fixé à 20%. Seuls les anti-inflammatoires et antidouleurs ainsi qu'un bas de contention et une canne anglaise pour les déplacements à l'extérieur étaient justifiés. L'expert notait qu'à terme, une arthroplastie totale du genou gauche était à prévoir, dont le pronostic était réservé au vu de l'importante arthrofibrose. En cas de prothèse totale du genou, il fallait compter avec une incapacité totale de travail d'environ six mois, celle-ci ne changerait rien à la capacité de travail dans l'activité habituelle. L'expert indiquait que la nécessité de mesures de réadaptation professionnelle pour l'exercice d'une activité adaptée ne relevait pas de son expertise. L'assuré se plaignait d'un mauvais moral suite à son divorce, s'occupant pratiquement seul de ses quatre enfants.

j. Par courrier du 7 novembre 2022, l'assurance a transmis le rapport d'expertise pour permettre à l'assuré de faire valoir son droit d'être entendu. Elle indiquait que, sur la base des conclusions de l'expert, le versement des indemnités et la prise en charge des frais de traitement s'arrêteraient au 30 novembre 2022.

k. Dans le rapport de consultation ambulatoire du 19 décembre 2022, les Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) ont indiqué avoir adressé l'assuré à la consultation de la douleur dans le contexte des douleurs complexes,

de type hyperalgésie associée à une suspicion d'un syndrome douloureux régional complexe (ci-après : CRPS). Il était relevé que l'assuré avait eu sa première consultation et était en cours de traitement multimodal pour la douleur. La clinique était superposable au dernier contrôle.

l. Par décision du 6 avril 2023, la fin des frais de traitement et les indemnités au 30 novembre 2022 a été confirmée. Le droit à une rente d'invalidité a été refusé compte tenu de l'absence de perte de gain. La prise en charge d'une canne anglaise a été acceptée. Le taux de l'atteinte à l'intégrité a été fixé à 20%, étant précisé qu'une aggravation n'était pas exclue notamment en cas de pose de prothèse mais en l'état celle-ci n'était pas suffisamment prévisible.

m. En date du 10 mai 2023, l'assuré a bénéficié d'une infiltration au niveau de son genou gauche par voie intra-articulaire auprès des HUG.

n. Par courrier de son conseil du 16 mai 2023, l'assuré a formé opposition en concluant à l'annulation de la décision. À titre préalable, il était relevé que la décision avait été reçue uniquement par mail du 5 mai 2023. L'assuré a contesté la stabilisation de son état de santé ainsi que la capacité de travail retenue dans une activité adaptée. Il sollicitait dès lors la reprise du versement des indemnités journalières et la prise en charge des frais de traitement au-delà du 1^{er} décembre 2022. Subsidiairement, il demandait l'octroi d'une rente entière d'invalidité compte tenu de son incapacité totale de travail. Il concluait également à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 40%.

o. Par décision du 13 septembre 2023, l'assurance a admis la recevabilité de l'opposition et l'a rejetée. Elle a maintenu la date de fin des indemnités journalières et de la prise en charge des traitements, rappelant que la dernière intervention remontait au 30 mars 2021 et que l'assuré lui-même avait indiqué à l'expert l'absence d'amélioration depuis fin 2021. Il était relevé que le rapport des HUG du 19 décembre 2022 mentionnait une clinique superposable à celle du contrôle antérieur. L'infiltration du 9 mai 2023 avait eu un but antalgique visant à retarder la progression de l'arthrose, étant précisé que l'efficacité du traitement n'étant pas suffisamment établie, il n'était pas pris en charge par les assureurs-accident. La stabilisation était donc acquise au moment de l'expertise. L'assuré ne produisait aucun document médical démontrant l'absence de stabilisation ou l'incapacité totale de travail alléguées ou contredisant l'appréciation du Dr C_____. Il était relevé que même la prise en compte d'un abattement maximal de 25% ne permettrait pas d'atteindre le seuil de 10%, le droit à la rente avait donc été refusé à juste titre. Le taux de l'indemnité avait également été correctement fixé.

C. a. Par acte du 16 octobre 2023, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition du 13 septembre 2023 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : Cour de céans), en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement à la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire judiciaire,

principalement, il a sollicité qu'il soit ordonné à l'assurance de reprendre le versement des indemnités journalières avec intérêts et la prise en charge du traitement médical dès le 1^{er} décembre 2022 et qu'elle soit condamnée à verser la somme de CHF 59'280.- au titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Subsidiairement, il a requis l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} décembre 2022 avec intérêts de 5% dès cette date, la reconnaissance du droit aux frais de traitement à compter de cette même date et au versement de CHF 59'280.- à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Plus subsidiairement, l'assuré a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité de 25% dès le 1^{er} décembre 2022 avec intérêts de 5% à compter de cette date, au versement d'indemnités journalières d'un montant total de CHF 37'135.80 pour sa reconversion professionnelle avec intérêts à 5% dès le 1^{er} mai 2023, à la prise en charge des frais de traitement et au paiement de la somme de CHF 59'280.- à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Le recourant a contesté la pleine capacité de travail retenue en se basant sur le certificat du 28 novembre 2022 du docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne générale. Il relevait présenter des troubles psychiques résultant de l'accident qui engendraient une incapacité de travail non prise en compte par le Dr C_____. Ce dernier avait indiqué ne pas pouvoir préciser si des mesures de réadaptation professionnelle étaient nécessaires, ce qui était contradictoire avec une prise de position sur une capacité de travail complète. Il sollicitait dès lors la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire judiciaire. S'agissant du versement des indemnités journalières et des frais de traitement, le rapport du Dr D_____ avait conclu à des troubles psychiques et avait recommandé un suivi spécialisé. Il était donc nécessaire d'examiner si une amélioration sur le plan psychique était envisageable avant de mettre fin aux indemnités journalières. Subsidiairement, si l'état de santé devait être considéré comme stabilisé, le Dr D_____ avait indiqué que son état physique entraînait une incapacité totale de travail ce qui s'opposait aux conclusions du Dr C_____, étant rappelé que le volet psychique n'avait pas été pris en considération alors qu'il avait des répercussions sur sa capacité de travail. Vu ses atteintes psychiques et physiques, il n'avait donc aucune capacité de travail. Même si, par impossible, une capacité de travail entière devait être admise, il avait un revenu avant accident de CHF 61'843.65. Vu sa nationalité et sa langue maternelle portugaises, ses années de service, son âge, son absence de formation et ses difficultés rédactionnelles, il y avait lieu de prendre en compte à titre de revenu hypothétique son dernier salaire et de lui appliquer une réduction de 25%. Il était inconcevable de retenir un salaire statistique plus élevé, le degré d'invalidité s'élevait donc à 25%. Il fallait lui accorder un délai de reconversion de cinq mois pendant lequel les indemnités journalières devaient être versées à compter de la décision d'avril 2023, soit du 1^{er} décembre 2022 au 30 septembre 2023. En ce qui concerne l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, elle devait être fixée à 40% au vu de ses importantes limitations.

Dans son certificat médical du 28 novembre 2022, le Dr D_____ a indiqué que le recourant était toujours en incapacité de travail totale depuis son accident et sa fracture à la jambe gauche. Il présentait une impotence fonctionnelle du genou gauche ainsi qu'une incapacité de travail à 100% en raison de ses douleurs chroniques malgré les antalgies et le tramadol, et de son état psychique (dépression, non-estime de soi, dégradation de l'image personnelle). Il recommandait une prise en charge psychiatrique et l'observance des conseils des orthopédistes pour trouver un moyen de diminuer les douleurs.

b. Invitée à se déterminer, l'intimée a conclu au rejet du recours par acte du 23 novembre 2023. L'absence de réponse du Dr C_____ quant au type de mesures de réadaptation n'infirmait pas son appréciation médicale, son rôle essentiel étant de se déterminer quant aux limitations fonctionnelles et d'évaluer la capacité de travail dans l'activité habituelle et adaptée. Les troubles psychiques étaient invoqués pour la première fois dans le cadre de la procédure de recours, aucune prise en charge n'avait été faite auprès d'elle et le certificat du 28 novembre 2022 ne lui avait pas été communiqué à l'époque. Les critères pour admettre la causalité adéquate avec l'accident n'étaient en tout état de cause pas réalisés. Dès lors, d'éventuels troubles psychiques ne pouvaient pas permettre la reprise du versement des indemnités journalières et la prise en charge du traitement médical. Elle contestait dès lors la nécessité de faire réaliser une expertise. Le certificat médical du Dr D_____ n'était pas de nature à remettre en cause l'appréciation réalisée par le Dr C_____. S'agissant du revenu perçu l'année avant l'accident de CHF 61'843.65, il ne pouvait pas être pris en compte pour fixer le taux d'invalidité car il comptabilisait les allocations familiales. Le revenu sans invalidité pour 2022 était dès lors de CHF 55'900.- comme indiqué par l'employeur. Le salaire d'invalidé correspondait par ailleurs aux principes jurisprudentiels en la matière. Le délai de reconversion n'était pas applicable en cas de stabilisation de l'état de santé. Pour l'atteinte à l'intégrité, le taux de 40% réclamé par le recourant correspondait au maximum de la table 5 de la caisse nationale suisse d'assurance (CNA), soit au stade final de l'évolution de l'arthrose, sans pose de prothèse ou avec un mauvais résultat de celle-ci, aucune de ces deux hypothèses n'étaient réalisées ou suffisamment prévisibles en l'état.

c. Par actes du 8 février, respectivement du 6 mars 2024, les parties ont persisté.

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).

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).

Compte tenu du domicile genevois du recourant, la Cour de céans est compétente à raison de la matière et du lieu pour juger du cas d'espèce

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

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.

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

Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. L'accident étant survenu après cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit.

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

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu du report au premier jour ouvrable (art. 38 al. 3 LPGA et art. 17 al. 3 avec 89A LPA), le recours est recevable.

4. Le litige porte sur les droits du recourant à compter du 1^{er} décembre 2022 et dès lors notamment sur la question de savoir si les troubles psychiques présentés sont en lien de causalité avec l'accident du 17 novembre 2018 ainsi que l'examen de la valeur probante des éléments médicaux au dossier.

- 5.

5.1 Aux termes de l'art. 6 al. 1 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).

5.2 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).

L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références). Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

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 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références).

5.3 Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références).

En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères

en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 ; 117 V 369 consid. 4b ; 115 V 133 consid. 6 ; 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 et les références).

5.3.1 En application de la pratique sur les conséquences psychiques des accidents (ATF 115 V 133), l'examen de ces critères doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce qui correspond à la clôture du cas selon l'art. 19 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5). L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident, étant précisé que l'amélioration attendue par la continuation du traitement médical doit être significative. Des améliorations mineures ne suffisent pas. Cette question doit être examinée de manière prospective. La clôture séparée d'un cas d'assurance-accidents pour les troubles psychiques d'une part et les troubles somatiques d'autre part n'entre pas en ligne de compte (arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 2.3 et les références).

5.3.2 Dans la mesure où le caractère naturel et le caractère adéquat du lien de causalité doivent être remplis cumulativement pour octroyer des prestations d'assurance-accidents, la jurisprudence admet de laisser ouverte la question du rapport de causalité naturelle dans les cas où ce lien de causalité ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat. En revanche, il n'est pas admissible de reconnaître le caractère adéquat d'éventuels troubles psychiques d'un assuré avant que les questions de fait relatives à la nature de ces troubles (diagnostic, caractère invalidant) et à leur causalité naturelle avec l'accident en cause soient élucidées au moyen d'une expertise psychiatrique concluante (ATF 147 V 207 consid. 6.1 et les références).

Par conséquent, si le juge des assurances sociales - saisi d'un examen du lien de causalité adéquate à l'égard de troubles psychiques alors que la question de la causalité naturelle a été laissée ouverte -, parvient à la conclusion que l'appréciation de l'assureur-accidents est erronée sur un ou plusieurs critères et que l'admission du lien de causalité adéquate pourrait entrer en considération, il doit, avant de statuer définitivement sur ce dernier point, instruire ou faire instruire par l'assureur-accidents les questions de fait relatives à la nature de ces troubles

(diagnostic, caractère invalidant) et à leur causalité naturelle (ATF 148 V 138 consid. 5.5).

5.3.3 Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale) ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 140 V 356 consid. 5.3; ATF 115 V 133 consid. 6 ; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (cf. ATF 148 V 301 consid. 4.3.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV n° 3 p. 8 et 8C_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n° 23 p. 84 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_622/2015 du 25 août 2016 consid.3.3).

Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minimale, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester.

Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue.

Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique.

5.3.4 Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa) :

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

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. De manière générale, lorsqu'il s'agit d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept, ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 3.3 et la référence). Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à

la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références ; 115 V 133 consid. 6c/bb ; 115 V 403 consid. 5c/bb).

6.

6.1 L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA).

6.2 Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (art. 18 al. 1 LAA, dans sa teneur en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA ; méthode ordinaire de la comparaison des revenus).

6.3 Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (al. 1); seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

6.4 Selon 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.

Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). L'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat

positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures - comme une cure thermale - ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2 et les références). Il faut en principe que l'état de santé de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C_591/2022 du 14 juillet 2023 consid. 3.2 et la référence).

Dès qu'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, il appartient à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 3.2 et les références).

7. 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. 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 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 132 V 93 consid. 4 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

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 incapable de travailler. Sur la base de ces informations, les services de réadaptation professionnelle déterminent concrètement quels travaux on peut encore raisonnablement exiger (arrêt du Tribunal fédéral 9C_484/2016 du 10 février 2017 consid. 4.2.1 et les références). Ainsi, selon une jurisprudence constante, l'évaluation des activités adaptées aux limitations fonctionnelles est du ressort de l'administration, qui doit éventuellement faire appel à des spécialistes tels que des conseillers professionnels, et non du médecin, à qui il incombe en premier lieu de déterminer lesdites limitations fonctionnelles (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; 107 V 17 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_545/2012 du 25 janvier 2013 consid. 3.2.1).

8.

8.1 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 (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

8.2 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).

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 137 V 210 consid. 1.3.4 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

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 135 V 465 consid. 4.5 et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; 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).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le 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 traitants 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 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

9. 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 142 V 435 consid. 1 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6. 1 et la référence).

10.

10.1 En l'espèce, le recourant conteste les conclusions du Dr C_____, faisant valoir être en incapacité totale de travail en raison d'atteintes psychiques et physiques, incapacité étayée par le certificat médical du Dr D_____. Il relève que le rapport du Dr C_____ serait contradictoire et que ses troubles psychiques n'ont pas été investigués, de sorte qu'une expertise judiciaire devrait être ordonnée. L'intimée s'y oppose, estimant que le rapport du Dr C_____ revêt pleine valeur probante et que les atteintes psychiques ne sont pas en lien de causalité avec l'accident.

10.2 En premier lieu et compte tenu de la jurisprudence en matière d'atteintes psychiques, il y a lieu de déterminer si l'état de santé est stabilisé sur le plan physique, ce qui implique d'examiner au préalable la valeur probante des documents médicaux au dossier, en particulier le rapport d'expertise du 21 octobre 2022.

À l'analyse dudit rapport d'expertise, il apparaît que le Dr C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a été mandaté comme médecin indépendant,

externe à l'assurance. Il a fait une analyse complète du dossier, étant précisé qu'il avait déjà examiné le recourant courant 2019. Il ressort de son rapport qu'il a pris soin de réaliser une anamnèse approfondie et qu'il a perçu dès 2019 déjà la gravité des atteintes du recourant dont il a pris en compte les plaintes. Ses conclusions sont motivées et convaincantes, étant précisé qu'elles résultent de son analyse et examen clinique.

Le recourant considère contradictoire le fait que le Dr C_____ ne se soit pas prononcé sur la nécessité de mettre en place des mesures de réadaptation tout en lui reconnaissant une pleine capacité de travail.

Toutefois, conformément aux principes jurisprudentiels rappelés ci-dessus, le rôle du médecin est de porter un jugement sur l'état de santé et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler en fixant les limitations fonctionnelles. La détermination de l'activité concrètement exigible et dès lors de la pertinence d'éventuelles mesures de réadaptation relève de l'administration et non pas du médecin.

Dès lors cet argument doit donc être écarté.

En second argument, le recourant s'appuie sur un seul élément médical, soit le très bref certificat du 28 novembre 2022 du Dr D_____, son médecin traitant.

Or, ce certificat ne laisse pas entendre que le Dr D_____ aurait pris connaissance du rapport d'expertise, à tout le moins il ne fait état d'aucune remarque à son sujet. Les conclusions du Dr C_____ ne sont ainsi pas contestées par le Dr D_____.

À cela s'ajoute que le Dr D_____ ne mentionne aucun diagnostic et ne précise pas les limitations fonctionnelles. Il n'explique pas non plus les raisons le conduisant à reconnaître une pleine incapacité de travail, laquelle résulte selon lui des atteintes psychiques et physiques, présentées par le recourant sans autres précisions, étant souligné qu'on ignore si l'incapacité de travail se réfère à toute activité ou uniquement à l'activité habituelle.

Au vu de ce qui précède, la Cour considère que le rapport d'expertise du 21 octobre 2022 revêt pleine valeur probante, le certificat du Dr D_____ ne permettant pas de remettre en cause ses conclusions.

10.3 Reste à examiner si les atteintes psychiques sont en lien de causalité avec l'accident du recourant, ce volet n'ayant jamais été investigué par l'intimée.

En ce qui concerne la stabilisation de l'état de santé, elle a été retenue à compter de la date de l'expertise, l'intimée ayant dès lors mis fin aux prestations de courte durée, indemnités journalières et frais de traitement au 30 novembre 2022. Le recourant la conteste, faisant valoir que ses troubles psychiques n'ont pas été investigués et que vu le suivi préconisé, la stabilisation de son état de santé n'est pas acquise.

Dans son rapport du 21 octobre 2022, le Dr C_____ a considéré que l'état de santé du recourant était stabilisé sur le plan physique au moment de l'expertise, ce point n'est pas contesté par les parties.

À ce stade, il sied de préciser que le recourant n'a nullement documenté un éventuel suivi ou les diagnostics établis sur le plan psychique, de sorte que la causalité naturelle ne peut pas être examinée. Par ailleurs, comme l'a relevé l'intimée, la mention d'atteintes psychiques est pour la première fois invoquée dans le mémoire de recours, soit plus de quatre ans après l'accident. À cela s'ajoute que, dans son rapport du 21 octobre 2022, le Dr C_____ fait certes part d'une baisse de moral, mais en lien avec les suites du divorce du recourant

Toutefois, dans la mesure où le caractère naturel et le caractère adéquat du lien de causalité doivent être remplis cumulativement pour octroyer des prestations d'assurance-accidents, la jurisprudence admet de laisser ouverte la question du rapport de causalité naturelle dans les cas où ce lien de causalité ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat.

Il y a donc lieu d'examiner si, en octobre 2022, le lien de causalité entre les atteintes psychiques du recourant et l'accident peut être admis conformément aux critères jurisprudentiels.

En reprenant les circonstances de l'accident, il y a lieu de le classer dans les accidents de moyenne gravité à la limite des cas de peu de gravité.

Le recourant étant tombé seul et à très faible vitesse, le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ou des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques doit être écarté.

Concernant l'examen du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). Par ailleurs, l'aspect temporel n'est pas seul décisif ; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral 8C_755/2012 du 23 septembre 2013 consid. 4.2.3, 8C_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3, et U 92/06 du 4 avril 2007 consid. 4.5 avec les références). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêt du Tribunal fédéral 8C_361/2007 consid. 5.3 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 380/04 du 15 mars 2004 consid. 5.2.4 in RAMA 2005 n° U 549 p. 239).

En l'espèce, le recourant a subi cinq interventions, soit quatre de 2018 à 2019 et une en 2021 pour enlever le matériel. Il a par ailleurs été hospitalisé au total environ cinq mois en lien avec ses opérations et la rééducation qui s'en est suivie.

Il sied toutefois de constater qu'hormis les deux premières, les opérations n'ont pas connu de complications et ont entraîné des hospitalisations de moins d'un mois, rééducation comprise, la dernière ayant permis un retour à domicile dès le lendemain. L'intervention de février 2019 a consisté uniquement en une mobilisation sous anesthésie générale. Par conséquent, les spécificités du cas d'espèce ne permettent pas de retenir ce critère.

Les critères de difficultés apparues au cours de la guérison et de complications importantes ne doivent pas être remplis de manière cumulative (ATF 117 V 359 consid. 7b). Dans ce contexte, il y a lieu de préciser que les critères du traitement médical et des douleurs persistantes ne permettent pas de conclure à l'existence de difficultés apparues au cours de la guérison ou à celle de complications importantes. Il faut, dans ce contexte, l'existence de motifs particuliers ayant entravé la guérison. La prise de nombreux médicaments et la réalisation de différentes thérapies ne suffisent pas pour admettre ce critère. Il en va de même du fait qu'en dépit de thérapies régulières, il n'a pas été possible de supprimer les douleurs ou d'obtenir une capacité de travail (entière) (arrêts 8C_252/2007 du 16 mai 2008 consid. 7.6 et 8C_57/2008 du 16 mai 2008 également consid. 9.6.1). Par ailleurs, une éventuelle intolérance aux antidouleurs ne doit pas être examinée en relation avec le critère des difficultés apparues en cours de guérison ou des complications importantes mais en lien avec le critère des douleurs persistantes (arrêt du Tribunal fédéral 8C_275/2008 du 2 décembre 2008 consid. 3.3.6).

In casu, la Cour de céans considère que le recourant a certes connu des complications, mais qui ont été systématiquement prises en charge par les HUG, il n'y a pas eu de lacune de traitement. Ce critère n'est donc pas réalisé.

Pour être retenu, le critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques, postule d'abord l'existence de lésions physiques graves ou, s'agissant de la nature particulière des lésions physiques, d'atteintes à des organes auxquels l'homme attache normalement une importance subjective particulière, par exemple la perte d'un œil ou certains cas de mutilations à la main dominante (arrêts du Tribunal fédéral 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 4.3.2 et les références ; 8C_612/2019 du 30 juin 2020 ; 8C_236_2023 du 22 février 2024 consid. 3.4.2).

Dans le cas d'espèce, il n'y a pas lieu non plus d'admettre ce critère, le recourant ayant subi une fracture du plateau-tibial.

Il ne prétend pas avoir été victime d'une erreur médicale, ce qui ne ressort pas non plus du dossier.

Quant au critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, il doit se rapporter aux seules lésions physiques et ne se mesure pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi,

il n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (arrêt du Tribunal fédéral 8C_93/2022 du 19 octobre 2022 consid. 5.3 et la référence). Ce critère est en principe admis en cas d'incapacité totale de travail de près de trois ans (arrêts du Tribunal fédéral 8C_600/2020 du 3 mai 2021 consid. 4.2.4 et 8C_547/2020 du 1^{er} mars 2021 consid. 5.1 et les références). Ce critère n'est en revanche pas rempli dans le cas d'un assuré qui s'est trouvé en incapacité de travail totale pendant un peu plus d'une année (arrêt du Tribunal fédéral 8C_209/2020 du 18 janvier 2021 consid. 5.2.2), pendant un an et demi (arrêt du Tribunal fédéral 8C_627/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.4.5), pendant 20 mois (arrêt du Tribunal fédéral 8C_93/2022 du 19 octobre 2022 consid. 5.3), pendant 21 mois (arrêt du Tribunal fédéral 8C_600/2020 précité consid. 4.2.4) ou encore pendant deux ans et quatre mois (arrêt du Tribunal fédéral 8C_547/2020 précité consid. 5.3 et 5.4).

En l'espèce, le rapport d'expertise a permis d'établir que le cas du recourant était stabilisé au plus tard en octobre 2022 et retenait dès lors une pleine capacité dans une activité adaptée à compter de cette date, soit environ quatre ans après l'accident, ce critère est donc réalisé.

Enfin, s'agissant du critère des douleurs persistantes, il faut que des douleurs importantes aient existé sans interruption notable durant tout le temps écoulé entre l'accident et la clôture du cas au sens de l'art. 19 al. 1 LAA. L'intensité des douleurs est examinée au regard de leur crédibilité, ainsi que de l'empêchement qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4).

Compte tenu des éléments au dossier, ce critère sera admis.

Dès lors, seuls deux critères peuvent être considérés comme réalisés - sans l'intensité exigée par la jurisprudence pour qu'un seul critère soit pertinent - de sorte que le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques du recourant et l'accident doit être nié, étant relevé que la jurisprudence évalue sévèrement les cas dans lesquels ces critères sont admis.

Il en résulte que l'expertise du Dr C_____ revêtant pleine valeur probante et permettant de statuer sur les atteintes physiques, il n'y a pas lieu de procéder à une expertise judiciaire, les troubles psychiques ne relevant pas de l'assurance-accident.

- 11.** Le recourant a conclu à la poursuite de la prise en charge des frais de traitement et du versement de l'indemnité journalière compte tenu des troubles psychiques dont il fallait attendre la stabilisation après suivi spécialisé.

Ces derniers n'étant pas en lien de causalité avec l'accident, c'est à juste titre que l'intimée a mis fin à ces prestations au 30 novembre 2022, date où l'état de santé sur le plan physique, seul pertinent en l'espèce, était stabilisé.

12.

12.1 Subsidiairement, le recourant a conclu au versement d'indemnités journalières pendant le délai de reconversion, ce que l'intimée a refusé.

12.2 La notion d'incapacité de travail, à laquelle renvoie l'art. 16 al. 1 LAA comme condition du droit à l'indemnité journalière, est définie à l'art. 6 LPGA. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (art. 6, 1^e phrase, LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2^e phrase, LPGA). À cet égard, la jurisprudence considère qu'un délai doit être imparti à l'intéressé pour rechercher une activité raisonnablement exigible dans une autre profession ou un autre domaine. La durée de ce délai doit être appréciée selon les circonstances du cas particulier; elle est généralement de trois à cinq mois selon la pratique applicable en matière d'assurance-maladie (ATF 129 V 460 consid. 5.2 et les références ; 114 V 281 consid. 5b et les références). A l'issue de ce délai, le droit à l'indemnité journalière dépend de l'existence d'une éventuelle perte de gain imputable au risque assuré. Celle-ci se détermine par la différence entre le revenu qui pourrait être obtenu sans la survenance de l'éventualité assurée dans la profession exercée jusqu'alors et le revenu qui est obtenu ou pourrait raisonnablement être réalisé dans la nouvelle profession. La perte de gain chiffrée en pour cent donne ainsi le taux de l'incapacité de travail résiduelle. Toutefois, cette jurisprudence, développée en relation avec l'obligation de diminuer le dommage en cas d'atteinte à la santé (exprimé à l'art. 6, 2^e phrase, LPGA par l'exigibilité d'une activité de substitution en cas d'incapacité de travail durable), ne concerne que l'indemnité journalière et n'est pas transposable au domaine des rentes pour lesquelles le droit prend naissance selon d'autres conditions prévues par les lois spéciales, soit en assurance-accidents l'art. 19 LAA. Autrement dit, lorsque le droit à l'indemnité journalière cesse du fait que les conditions du droit à la rente sont remplies (art. 19 al. 1, 2^e phrase, LAA), l'assureur-accidents n'est pas tenu d'impartir à l'assuré un délai pour s'adapter aux nouvelles circonstances et de lui verser les indemnités journalières pendant cette période. Il doit clore le cas et la rente fixée est versée à la date où a pris fin le droit à l'indemnité journalière (qui correspond également à celle de la fin du droit à la prise en charge du traitement médical selon l'art. 10 al. 1 LAA). L'art. 19 al. 1 LAA délimite ainsi du point de vue temporel le droit à ces deux prestations - qui sont temporaires - et le droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral 8C_310/2019 du 14 avril 2020 consid. 6.1.2 et les références).

12.3 Dans le cas du recourant, le droit à l'indemnité ayant cessé compte tenu de la stabilisation de son état de santé, il ne peut pas prétendre à un délai de reconversion.

13.

13.1 S'agissant du taux d'invalidité, le recourant fait valoir une totale incapacité de travail, subsidiairement la prise en compte d'un revenu de CHF 61'843.65 à titre de salaire avec et sans invalidité ainsi qu'un abattement maximal de 25%. L'intimée s'y oppose.

13.2 Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. 8 al. 1 et art. 16 LPG). En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 137 V 334 consid. 3.3.1).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et les références).

13.3 Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; 134 V 322 consid. 4.1 et les références). Toutefois, lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le salaire doit être établi sur la base de valeurs moyennes. Autrement dit, dans un tel cas, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide (arrêt du Tribunal fédéral 8C_50/2022 du 11 août 2022 consid. 5.1.1 et la référence).

Le salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré comprend tous les revenus d'une activité lucrative (y compris les gains accessoires et la rémunération des heures

supplémentaires effectuées de manière régulière) soumis aux cotisations à l'assurance-vieillesse et survivants. En effet, l'art. 25 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201) établit un parallèle entre le revenu soumis à cotisation à l'AVS et le revenu à prendre en considération pour l'évaluation de l'invalidité ; le parallèle n'a toutefois pas valeur absolue. Cette réglementation est applicable par analogie dans le domaine de l'assurance-accident, dès lors que la notion d'invalidité y est la même que dans l'assurance-invalidité. On rappellera cependant que l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents de même, l'assurance-invalidité n'est pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents. Pour établir le salaire réalisé en dernier lieu et son évolution subséquente, on se fondera en premier lieu sur les renseignements fournis par l'employeur. Tant pour les personnes salariées que pour celles de condition indépendante, on peut également se référer aux revenus figurant dans l'extrait du compte individuel de l'AVS (arrêt du Tribunal fédéral 8C_679/2020 du 1^{er} juillet 2021 consid. 5.1 et les références).

13.4 Il n'y a pas lieu, dans le revenu sans invalidité comme dans le revenu d'invalidité, de prendre en considération les allocations familiales lesquelles ne sont pas comprises dans la notion de revenu provenant d'une activité lucrative au sens de l'AVS (cf. art. 6 al. 2 let. f du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants - RAVS).

13.5 La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; ATF 135 V 297 consid. 5.2; ATF 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Une telle déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'intéressé ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références; ATF 146 V 16 consid. 4.1 et les références; ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références; ATF 126 V 75 consid. 5b/bb et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 3.3 et les références).

13.6 À cet égard, le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire cantonale n'est pas limité à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative ("Angemessenheitskontrolle"). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans l'exercice de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le tribunal des assurances sociales ne peut pas, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2 et la référence).

13.7 Concernant l'abattement pour les limitations fonctionnelles, on rappellera qu'une réduction au titre du handicap dépend de la nature des limitations fonctionnelles présentées et n'entre en considération que si, sur un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (ATF 148 V 419 consid. 6 et les références).

13.8 Le point de savoir si, dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, l'âge avancé peut constituer un critère d'abattement ou si l'influence de l'âge sur la capacité de gain doit être prise en compte uniquement dans le cadre de la réglementation particulière de l'art. 28 al. 4 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), n'a pas encore été tranché par le Tribunal fédéral (arrêt du Tribunal fédéral 8C_507/2022 du 28 novembre 2022 consid. 6.5 et les références).

Selon la jurisprudence, l'âge d'un assuré ne constitue pas en soi un facteur de réduction du salaire statistique. Autrement dit, il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. Le Tribunal fédéral a insisté sur ce point et a affirmé que l'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation et l'expérience professionnelles de l'assuré concerné (ATF 148 V 419 consid. 8.2 et la référence).

13.9 Le salaire fondé sur les ESS doit encore être adapté à l'horaire de travail usuel de la branche, et indexé à l'année déterminante en tenant compte des valeurs spécifiques au sexe (ATF 129 V 408).

Le cas échéant, il y a lieu d'adapter le salaire statistique à l'évolution des salaires nominaux en appliquant soit le chiffre définitif de l'indice suisse des salaires nominaux publié au moment déterminant de la décision litigieuse, soit la plus

récente estimation trimestrielle (cf. ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_659/2022 du 2 mai 2023 consid. 7.2).

13.10 *In casu*, comme établi précédemment, le rapport d'expertise du Dr C_____ revêtant pleine valeur probante, c'est à juste titre que l'intimée a pris en compte une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, les conclusions contraires du recourant doivent donc être écartées.

Conformément aux principes rappelés ci-dessus, les allocations familiales ne doivent pas être prises en compte au moment de procéder à la comparaison des revenus, de sorte que contrairement aux prétentions du recourant le revenu de CHF 61'843.65 doit être écarté.

S'agissant du revenu avant invalidité et conformément aux renseignements fournis par l'employeur de l'assuré, il se serait élevé à CHF 55'900.- (4'300.- x 13) en 2022, moment de l'ouverture du droit éventuel à une rente.

En ce qui concerne le revenu avec invalidité, à défaut de reprise professionnelle, il y a lieu de se référer au tableau TA1_tirage_skill_level de l'ESS 2020 et non 2018 comme l'a fait l'intimée, dont il ressort que le revenu statistique tiré d'activités physiques ou manuelles simples dans le secteur privé s'élève à CHF 5'261.- pour un homme (niveau 1, total, part au 13ème salaire comprise), ou à CHF 63'132.- par année pour un plein temps (5'261 × 12).

Le salaire hypothétique de CHF 63'132.- se base sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises. Il convient dès lors de l'ajuster à la durée hebdomadaire normale de travail en 2020 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1), laquelle est de 41.7 heures (tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'office fédéral de la santé [ci-après : OFS]), ce qui porte le salaire annuel à CHF 65'815.11 pour un plein temps (63'132 × 41.7 / 40).

Il sied de rappeler que la jurisprudence a fixé que la valeur centrale s'applique notamment aux assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité car elle est physiquement trop astreignante, mais qu'ils conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers puisqu'elle recouvre un large éventail d'activité variées et non qualifiées, ce qui est le cas du recourant.

Il reste dès lors à indexer le salaire avec invalidité.

Selon le tableau T1.93 publié par l'OFS, les salaires nominaux des hommes ont évolué comme suit : - 0.7% en 2021, et + 1.1% en 2022 (disponible sur : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/travail-remuneration/salaires-revenus-cout-travail/indice-salaires-par-sexe.assetdetail.24745533.html>).

Il en résulte un revenu d'invalidité de CHF 66'073.30 (65'815.11 – 460.71 en 2021 = 65'354.40 + 718.90 en 2022 = 66'073.30).

Le recourant conclut à l'application d'un abattement maximal de 25% en raison de ses années de services, son absence de formation, son âge, sa nationalité, sa langue maternelle, son manque de capacité rédactionnelle et ses limitations fonctionnelles. L'intimée considère qu'aucun abattement ne doit être appliqué.

Conformément à la jurisprudence en la matière, les activités du niveau de compétence 1 ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique, elles sont par ailleurs disponibles indépendamment de l'âge.

Dans ce contexte, les années de services ont peu d'importance.

Par ailleurs, vu le large éventail d'activités variées et non qualifiées qui sont incluses dans le niveau de compétence 1, l'accessibilité du recourant à des activités adaptées et respectueuse de ses limitations est garanti.

Il sied par ailleurs de relever que le recourant vit de très longue date à Genève, de sorte que sa nationalité ou sa langue maternelle ne peuvent pas justifier d'abattement.

C'est donc à juste titre que l'intimée n'a appliqué aucun abattement.

En conséquence, le revenu d'invalidé (CHF 66'073.30) étant supérieur au revenu de valide (CHF 55'900.-), le recourant ne subit aucune perte de gain, de sorte qu'il n'a pas droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

14.

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

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Elle 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. En cela, elle se distingue de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (ATF 115 V 137 consid. 1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.2 et les références ; 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références).

L'atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel (anatomique ou fonctionnel) mental ou psychique. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.4 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 ; 113 V 218 consid. 4b et les références ; 125 II 169 consid. 2d).

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).

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 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).

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

L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité se fonde sur les constats médicaux, de sorte qu'il incombe, dans un premier temps, au médecin de se prononcer, en tenant compte des atteintes énumérées à l'annexe 3 de l'OLAA et dans les tables de la SUVA, sur la question de savoir si, et dans quelle mesure, il existe un dommage.

Il appartient toutefois à l'administration ou au tribunal de procéder à l'évaluation juridique, sur la base des constatations médicales, de l'existence d'une atteinte à l'intégrité, de déterminer si le seuil de gravité est atteint et, dans l'affirmative, l'étendue de l'atteinte. Bien que l'administration et le tribunal doivent s'en tenir aux données médicales, l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité, en tant que fondement du droit aux prestations, relève, en fin de compte, de leur domaine de compétence (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_746/2022 du 18 octobre 2023 consid. 4.2 et les références ; sur la répartition des tâches entre le médecin et l'administration ou le tribunal, cf. également ATF 140 V 193 consid. 3.2).

La Division médicale de la 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).

14.2 L'intimée a fixé le taux d'atteinte à l'intégrité fixé à 20% en se basant sur les conclusions du rapport d'expertise. Le recourant conclut à un taux de 40% en faisant valoir qu'il s'agit du taux relatif à une arthrose grave et qu'il subit d'importantes limitations.

14.3 Selon la table selon la table 5 du barème d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA résultant d'arthroses, l'arthrose moyenne du genou est évaluée entre 10 et 30%, quant à l'arthrose grave elle se situe entre 30% et 40%.

Le recourant ne produit aucun rapport médical contredisant l'appréciation du Dr C_____ et se base sur ses limitations fonctionnelles pour réclamer un taux de 40%.

Par ailleurs, l'intimée a souligné ne pas avoir tenu compte d'une éventuelle aggravation car celle-ci n'était pas quantifiable à ce stade, dépendant de l'évolution de l'arthrose et des suites d'une éventuelle pose de prothèse.

La Cour de céans estime que la position de l'intimée est médicalement documentée et justifiée compte tenu de l'évolution possible notamment en cas de pose de prothèse.

Le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20% sera donc confirmé.

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

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis 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

Pascale HUGI

Marie-Josée COSTA

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