RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3505/2022 **ATAS/293/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 mai 2023

Chambre 6

En la cause

A_____ recourant

Représenté par Me Pierre GABUS et Lucile BONAZ, avocats

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS intimée

Représentée par Me Jeanne-Marie MONNEY, avocat

Siégeant : Valérie MONTANI, présidente; Christine WEBER-FUX et Yda ARCE, juges assesseures

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____, (ci-après: l'assuré), né le _____ 1970, de nationalité portugaise, titulaire d'un permis C, a travaillé en Suisse pour l'entreprise B_____ SA (ci-après: B_____ ou l'employeuse), ayant son siège à Genève, en qualité de maçon à compter du 1er novembre 2011. À ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA) contre les accidents professionnels et non professionnels.

b. Le 29 octobre 2018, l'assuré a été victime d'un accident du travail, sur un chantier. Selon le rapport d'accident établi le 13 novembre 2018 par B_____, il était en train de déplacer et sécuriser des câbles électriques et tuyaux sur une dalle au moment où un collègue installé dans une pelle hydraulique située à plus de deux mètres a levé la lame de la machine suffisamment haut pour échapper au seuil entre le remblai et la dalle. Au cours de ce mouvement, les roues de la machine ont légèrement patiné et accroché le seuil en le franchissant. Suite à cet à-coup, la machine a, dans un premier temps, poursuivi de manière brusque son déplacement et poussé le bac d'une scie à table, puis, dans un second temps, effectué un deuxième mouvement brusque en avant durant lequel elle a percuté un container de matériel et coincé l'assuré entre sa lame stabilisatrice et la tôle. L'assuré a alors levé la jambe gauche et la lame a touché sa jambe droite, juste au-dessus du genou. Le cri de l'assuré a alerté un ouvrier présent dans la fouille et l'assuré s'est affaissé au sol lorsque la machine s'est éloignée du container. À la suite de cet accident, l'employeuse a décidé d'instaurer un moratoire sur l'attribution de missions à des pré-retraités, le machiniste impliqué étant en retraite anticipée et ayant fait quelques missions pour réaliser un gain complémentaire, la dernière fois durant l'été 2017.

B. **a.** Après avoir reçu les premiers soins sur place, l'assuré a été amené par ambulance aux urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après: HUG). L'examen physique réalisé a mis en évidence, sur le plan ostéoarticulaire du genou droit, une tuméfaction importante, des dermabrasions, une palpation superficielle fortement douloureuse et l'absence de déformation, de menace cutanée ou de troubles vasculo-nerveux.

b. L'assuré a séjourné du 29 octobre au 7 novembre 2018 dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG. Le diagnostic de fracture du fémur distal droit sus et inter-condylienne avec fragment de Hoffa au niveau du condyle fémoral externe a été posé à titre principal, et celui d'entorse du ligament collatéral interne de la cheville gauche à titre secondaire. Une intervention chirurgicale par réduction ouverte et ostéosynthèse a été réalisée par le docteur C_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en date du 31 octobre 2018. Les radiographies de contrôle postopératoire ont montré une réduction et une ostéosynthèse satisfaisantes.

c. Du 7 novembre au 18 décembre 2018, l'assuré a séjourné au sein de l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des HUG. Selon la lettre de sortie du 20 décembre 2018, l'assuré a été autorisé à charger 5 kg durant les six semaines postopératoires et a dû porter une attelle ; les agrafes ont été retirées à quinze jours de l'opération et les cicatrices étaient calmes et bien refermées ; une imagerie par résonance magnétique (ci-après: IRM) du pied gauche a mis en avant une fracture intra-articulaire non déplacée de l'os naviculaire et du cunéiforme médial, ce qui a nécessité une décharge complète du membre ; l'assuré s'est donc trouvé en décharge des deux côtés dès le 14 novembre 2018 et un travail important contre le déconditionnement a dû être réalisé en attendant la reprise de la marche, le 14 décembre 2018 ; l'assuré a rapporté peu de douleurs à cette occasion.

d. Dans un rapport du 9 avril 2019, le Dr C_____ a mentionné la persistance de douleurs et un pronostic réservé, avec un risque de gonarthrose post-traumatique.

e. Dans un rapport du 12 mai 2019, le docteur D_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un état de stress post-traumatique ; l'assuré se sentait fragile, avait peur de se refaire mal, d'être bousculé, évitait certaines sorties et était apeuré et en état de vigilance à proximité d'un chantier ; il avait un sommeil perturbé, des difficultés de concentration, une anxiété et des troubles de concentration ; une éventuelle réorientation professionnelle était discutée avec l'assuré mais le pronostic n'était pas encore précis sur le plan psychiatrique ; la thérapie était de type cognitivo-comportementale et déléguée à une psychologue.

f. Madame E_____, psychologue-psychothérapeute FSP, a attesté, dans un rapport du 7 juin 2019, que l'assuré présentait des souvenirs répétitifs, des cauchemars, une anxiété et des réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices évoquant l'évènement traumatique. Un évitement persistant était constaté, tout comme une altération négative des cognitions et de l'humeur, une altération marquée de l'éveil et de la réactivité, des problèmes de concentration et d'attention et une perturbation du sommeil. Ces perturbations étaient toujours présentes plusieurs mois après l'accident et amenaient une souffrance significative chez l'assuré ainsi qu'une altération de son fonctionnement habituel. Le trouble diagnostiqué était un stress post-traumatique, le traitement se réalisait sous forme de thérapie cognitivo-comportementale toutes les deux semaines et le pronostic était indéterminé en lien avec l'incertitude concernant la situation somatique et professionnelle.

g. Une consultation de l'assuré le 3 juillet 2019 auprès du docteur F_____, FMH médecine physique et réadaptation et médecine du sport, a relevé, au niveau de l'anamnèse, une évolution lentement favorable, mais un manque de force en extension du genou. L'assuré notait une déviation de sa jambe en valgus et la persistance d'une boiterie ; il avait repris le fitness. Au status, il était notamment constaté une marche avec boiterie à droite et un passage douloureux du genou de 10° à 60°. Un déficit d'extension du genou actif était ainsi diagnostiqué. La

rééducation n'était de loin pas encore terminée et des progrès pouvaient encore être réalisés durant les douze prochains mois. L'assuré était réticent à être hospitalisé à la clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) de la SUVA, ayant déjà passé six semaines en rééducation aux HUG, sans grand succès selon lui.

h. Interrogé par la SUVA, le Dr C_____ a répondu, dans une lettre du 5 août 2019, que la situation de l'assuré avait été nettement améliorée par la physiothérapie, mais qu'il persistait un déficit d'extension, sur inactivité du quadriceps, sans gêne mécanique au niveau articulaire. L'assuré avait des douleurs à la charge et à la course au niveau de la cicatrice cartilagineuse du condyle fémoral externe et le membre inférieur droit présentait un morphotype en valgus. Le traitement consistait en une rééducation intensive du quadriceps. Une ablation du matériel d'ostéosynthèse avait été discutée avec l'assuré, qui n'était pas encore prêt pour ce geste. Le valgus clinique avec le genou stable devrait persister.

i. Dans une lettre du 1er octobre 2019, le Dr C_____ a mentionné que l'assuré commençait à aller mieux à onze mois de la prise en charge initiale, mais qu'il présentait toujours des douleurs antéro-latérales et n'était pas capable de reprendre le travail en force qu'il effectuait avant. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse devrait se faire dès février 2020, cependant le pronostic était réservé en raison de la persistance en valgus du membre inférieur droit.

C. **a.** Le 5 novembre 2019, le docteur G_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assuré. Il a posé les diagnostics de fracture du fémur distale droit sus- et intercondylienne avec fragment de Hoffa au niveau du condyle fémoral externe, d'ostéosynthèse le 31 octobre 2018 par réduction sanglante et plaque associée à vissage libre de la fracture de Hoffa, cal vicieux avec valgus du membre inférieur droit et troubles de stress post-traumatique (F 413.10). À un an du traumatisme, il persistait des douleurs lors des moindres surcharges mécaniques et une atrophie musculaire importante du membre inférieur droit. Les amplitudes articulaires au niveau du genou droit étaient retrouvées, avec cependant une douleur intra-articulaire condylienne latérale à 20° de flexion. Le membre inférieur gauche était asymptomatique, de morphotype neutre, voire avec un discret varus, tandis que le membre inférieur droit était en valgus (de l'ordre de 10°). L'état n'était pas stabilisé et la correction du cal vicieux avec ostéotomie devait être discutée. La rééducation devait être poursuivie, en tout cas pendant trois mois, à moins d'une proposition thérapeutique chirurgicale dans l'intervalle.

b. Le même jour, le Dr G_____ a fait suivre une lettre au Dr C_____ dans laquelle il s'est posé la question de la correction du cal vicieux en valgus afin de retrouver un axe qui corresponde à la morphologie de l'assuré (varus discret du membre inférieur gauche normal) et de prévenir le développement d'une arthrose secondaire liée à la fracture intra-articulaire du fémur distal.

c. Dans un rapport du 27 novembre 2019, le Dr D_____ a diagnostiqué une dépression légère (F 32.0). L'assuré avait un sommeil toujours perturbé, était d'humeur instable, présentait des baisses d'humeur certains jours, arrivait à aller au fitness de temps en temps, restait isolé, n'avait pas d'idées suicidaires et était limité sur le plan physique. Il prenait du Brintellix 10 mg depuis moins d'un mois, poursuivait la psychothérapie comportementale et cognitive et des séances d'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) étaient prévues en janvier 2020. Le pronostic psychologique était bon s'il ne reprenait le travail pas trop tard. Selon Madame E_____, l'amie de l'assuré était enceinte, avec un accouchement prévu début février. L'assuré présentait toujours des troubles du sommeil sous forme de cauchemars, occasionnellement une perte d'appétit, un changement d'humeur, un trouble de la concentration et une anxiété. Il souhaitait essayer de retravailler dans sa branche si son état physique et psychologique le permettait.

d. Suite à une consultation du genou du 7 janvier 2020, le docteur H_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a proposé de compléter le bilan par un scanner des membres inférieurs en vue de discuter de l'éventuelle prise en charge chirurgicale pour ostéotomie de correction du valgus. A l'anamnèse, l'assuré décrivait principalement des douleurs au niveau du condyle externe dans la zone de charge et des irritations au niveau du tenseur du fascia lata. La gêne principale était un déficit d'extension active à moins de 30° et il ressentait encore une force diminuée et des difficultés à monter et descendre les escaliers.

e. Dans un rapport subséquent du 9 juin 2020, le Dr H_____ a expliqué qu'à la suite du scanner et de l'IRM réalisés, il ne préconisait finalement pas l'ostéotomie de correction car elle risquait de provoquer des douleurs en interne du genou de l'assuré, même si elle améliorerait le côté esthétique qui gênait le patient. L'axe valgisant protégeait de plus le compartiment fémoro-tibial interne. Seule l'ablation du matériel d'ostéosynthèse était donc prévue, car ce matériel gênait passablement l'assuré en entraînant un important frottement sur le fascia lata qui empêchait une flexion/extension libre sans douleurs. Une tendinite fascia lata genou droit sur gêne par matériel d'ostéosynthèse était ainsi diagnostiquée.

f. L'intervention chirurgicale visant à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse s'est déroulée le 3 juin 2020 et a justifié l'hospitalisation de l'assuré jusqu'au 5 juin 2020. Selon la lettre de sortie du 18 juin 2020, les suites postopératoires ont été favorables, les douleurs ont été bien maîtrisées par une antalgie orale et la rééducation à la marche s'est déroulée sans encombre.

g. Dans un rapport de consultation du 10 août 2020, le Dr H_____ a relevé que l'assuré présentait globalement une amélioration des douleurs depuis l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, ne ressentant en particulier plus de "clics" lors du passage de la flexion à l'extension, mais qu'il persistait une insuffisance musculaire au niveau du quadriceps ne lui permettant pas de reprendre son

activité professionnelle ou les activités sportives. Il préconisait donc la poursuite de la physiothérapie pour renforcement musculaire, de manière intensive. En l'absence d'amélioration, une reconversion professionnelle serait discutée. L'examen physique du genou droit faisait état d'une flexion/extension à 140/0/0 en actif et passif.

h. Le Dr H_____ a par la suite adressé l'assuré à ses collègues spécialistes du pied afin qu'ils dressent le bilan des douleurs à ce membre, suite aux plaintes de l'assuré (rapports de consultation du 22 octobre et du 4 décembre 2020). Concernant le genou droit, l'examen physique du mois de septembre révélait qu'il était indolore à la palpation franche du relief osseux et intra-articulaire, avec une sensibilité au niveau de la cicatrice latérale, alors que l'examen de novembre était douloureux. Selon l'assuré, ces douleurs étaient très invalidantes et occasionnaient une boiterie et des douleurs au niveau du dos. La physiothérapie devait donc être poursuivie. Aucune indication chirurgicale n'était retenue.

i. Le docteur I_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a reçu l'assuré dans le contexte de douleurs au niveau du pied gauche dans la région de Chopart, invalidantes selon l'assuré au moment de la charge, la problématique principale se situant tout de même au niveau du genou droit qui avait eu un traumatisme plus important. Le médecin a indiqué, dans son rapport de consultation du 13 décembre 2020, que la douleur se manifestait lors de la charge et de l'activité physique et ne pouvait être reproduite à la palpation ou à la mobilisation. À la suite d'examens d'imagerie complémentaires, le Dr I_____ a exclu une éventuelle lésion osseuse, tendineuse ou articulaire de sorte qu'il n'a pas formulé de proposition thérapeutique en faveur de l'assuré, lequel gardait néanmoins des douleurs lésionnelles au niveau de l'arche interne du pied gauche qui ne l'empêchaient pas de marcher mais pouvaient être pesantes en fonction des jours (lettres des 27 janvier et 25 mars 2021).

j. Le Dr G_____ a procédé à un nouvel examen de l'assuré en date du 23 décembre 2020. En sus des diagnostics déjà posés le 5 novembre 2019, il a retenu une fracture non-déplacée de l'os naviculaire intra-articulaire et une ablation du matériel d'ostéosynthèse du fémur distal droit le 3 juin 2020. Il a noté que l'état de santé de l'assuré avait connu peu de changement par rapport à son précédent examen, si ce n'était un gain en stabilité à l'analyse de la marche. La stabilisation de l'état de santé était à prévoir si aucune sanction chirurgicale n'était proposée lors de la consultation du Dr H_____ et une auto-rééducation serait alors à privilégier. L'exigibilité en tant que maçon n'était plus donnée, en raison des limitations fonctionnelles suivantes : port de charges supérieures à 20 kg, travail accroupi, sur les genoux, travail en terrain accidenté et sur échafaudage, montées et descentes régulières d'escaliers.

k. À la suite d'une nouvelle consultation, le Dr H_____ a fait état d'une amélioration de la situation huit mois après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, bien que l'assuré ne soit pas totalement asymptomatique et présente des douleurs

stagnantes avec une faiblesse musculaire qui justifiaient la poursuite de la physiothérapie. L'assuré ne prenait pas de médicaments. Le Dr H_____ a indiqué trouver adéquates les conclusions de la SUVA reconnaissant une capacité de travail avec des limitations et s'est montré favorable à une reprise professionnelle adaptée (rapport de consultation du 1er mars 2021).

l. À la suite de son troisième examen de l'assuré en date du 21 avril 2021, le Dr G_____ a noté que l'assuré avait repris un suivi psychiatrique. Sur le plan somatique, l'état était stabilisé, la rééducation thérapeutique n'était plus nécessaire et l'auto-rééducation était à privilégier. Il a rappelé l'inexigibilité en tant que maçon au regard des limitations fonctionnelles déjà listées lors de son examen du 23 décembre 2020 et indiqué que dans une activité respectant ces limitations, la capacité de travail était entière, tant en temps qu'en rendement.

m. En réponse à une demande de renseignements de la SUVA du 23 avril 2021, la docteure J_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a fait état de troubles de l'adaptation, cauchemars, difficultés de sommeil et d'une irritabilité de l'assuré. Elle a posé les diagnostics de deuil pathologique et d'état dépressif, a indiqué que le traitement se faisait sous forme d'entretiens thérapeutiques hebdomadaires et que le pronostic était réservé.

n. Le docteur K_____, FMH psychiatrie et psychothérapie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assuré en date du 12 mai 2021. Au niveau de l'anamnèse, ce dernier rapportait avoir ressenti une douleur immédiate très importante au niveau de sa jambe lors de l'accident et avoir été très angoissé par la crainte que la pelle mécanique ne lui roule dessus et ne le tue. Il avait débuté un suivi psychiatrique rapidement après l'accident car il présentait notamment des symptômes anxieux, des rêves qui le dérangeaient, des épisodes de sueur. La thérapie s'était interrompue au mois de mars 2020 car l'assuré estimait qu'il n'avançait pas, et en raison de problèmes de compréhension linguistique. L'assuré avait décidé de consulter à nouveau car il constatait une dégradation de son état psychologique et le suivi auprès de la Dre J_____ avait débuté. Il avait traversé la période après l'accident en étant assez isolé et sans soutien, ce qui avait été assez difficile, et avait été confronté à des personnes très atteintes sur le plan orthopédique durant son hospitalisation aux HUG, ce qui l'avait traumatisé, raison pour laquelle il n'était pas favorable à un séjour à la CRR à l'été 2019. Le Dr K_____ a au surplus recueilli les plaintes de l'assuré, dressé un status psychique et retenu les diagnostics d'état de stress post-traumatique (F 43.1) et d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique versus trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen (F 32.11 ou F 33.11). Sur cette base, le médecin d'arrondissement a jugé que la causalité était certaine entre l'accident et la symptomatologie post-traumatique et probable entre l'accident et l'atteinte dépressive. La dysphorie semblait s'être installée dans un second temps et paraissait en lien avec la dégradation du contexte existentiel et les incertitudes pesant sur l'assuré. Il a proposé de laisser à l'assuré le temps de poursuivre son

nouveau traitement avec la Dre J_____ durant trois mois pour voir l'impact qu'il aurait sur son état de santé, traitement à la charge de la SUVA, et de demander un rapport détaillé à la psychiatre traitante. Sur le plan de la capacité de travail, il a estimé celle-ci de l'ordre de 50% compte tenu de la symptomatologie dysphorique d'intensité moyenne et celle de stress post-traumatique, qui restait très présente de manière significative. Enfin, le Dr K_____ a noté que l'assuré avait complètement les moyens d'entrer dans un processus de réadaptation sous l'égide de l'assurance-invalidité.

o. Le Professeur L_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a rédigé un rapport médical le 17 mai 2021, dans lequel il a indiqué que l'assuré marchait avec une boiterie antalgique en défaveur du membre inférieur droit, qu'il se sentait déséquilibré et avait des douleurs au niveau du genou. L'examen des deux pieds ne révélait pas d'anomalie et les articulations étaient souples. Le valgus était de 7,71° et la consolidation était obtenue. Quant au genou droit, il fléchissait à 140°, le gauche à 135°. Le travail de maçon n'était plus possible et l'assuré cherchait à se reconvertir. Il ne pouvait pas travailler accroupi, en terrain accidenté ou sur échafaudage et le port de charges de plus de 5 kg était impossible. L'assuré avait dû abandonner les nombreux sports qu'il pratiquait avant l'accident, à cause du genou droit. L'ostéotomie de varisation pour diminuer le valgus était envisageable mais avec un risque certain de complications pour un bénéfice relativement minime. Enfin, il a relevé que la fracture intra-articulaire avait entraîné des lésions cartilagineuses importantes, ce qui pourrait mener sur le long terme à des séquelles, dont une arthrose post-traumatique malgré la très bonne réduction chirurgicale obtenue.

p. Le 8 juin 2021, le Dr G_____, se fondant sur la table 5 de la SUVA, a évalué l'atteinte à l'intégrité en raison d'une gonarthrose fémoro-tibiale latérale, modérée, avec des limitations fonctionnelles, et l'a fixée à 10%, tenant compte d'une évolution à moyen terme.

q. Par lettre du 15 juin 2021 adressée à l'assuré, la SUVA a indiqué qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une amélioration notable des suites accidentelles, en sorte qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux. Afin de permettre à l'assuré d'entreprendre par ses propres moyens ou avec le concours de l'assurance-invalidité des démarches en vue de trouver un poste de travail adapté, elle verserait l'indemnité journalière jusqu'au 30 septembre 2021, sur la base d'une incapacité de travail de 100% et statuerait alors sur le droit à une éventuelle rente d'invalidité partielle.

r. Le 27 septembre 2021, la Dre J_____ et Madame M_____, psychologue, ont rédigé un rapport concernant l'assuré, dans lequel elles ont attesté qu'il présentait un trouble de stress post-traumatique (F 43.10) avec des attaques de panique. Ce trouble constituait une réponse prolongée à une situation ou à un évènement stressant exceptionnel et menaçant, en l'occurrence l'accident de travail, qui avait menacé son intégrité physique et psychique de façon évidente. Les symptômes

typiques du trouble, tels que reviviscence de l'évènement traumatique sous forme de flashback et souvenirs envahissants, étaient présents. L'assuré présentait également un émoussement émotionnel, un détachement par rapport aux autres et à la vie sociale, affective et professionnelle, se montrait insensible à l'environnement et aux changements, éprouvait une anhédonie, évitait les activités en lien avec son traumatisme, développait des symptômes d'hypervigilance, un état de qui-vive, des insomnies fréquentes, de l'anxiété et une dépression, dont les causes étaient sa situation de détresse et son impuissance. Il présentait en outre des attaques de panique faisant suite à un facteur déclenchant, secondairement à l'accident, qui se manifestaient par des symptômes d'hyperactivité du système neurovégétatif et des signes psychiques. Trois années s'étaient écoulées depuis la survenue de l'accident ; le trouble avait évolué de manière chronique et avait conduit à une modification certaine de la personnalité de l'assuré. Elles suggéraient la poursuite des traitements psychothérapeutiques et une réévaluation dans six mois.

s. Par courrier électronique du 1er octobre 2021, la SUVA a déclaré maintenir sa position telle qu'elle résultait de sa lettre du 15 juin 2021, après avoir pris connaissance du rapport médical du 27 septembre 2021, considérant que la situation était bien stabilisée car il n'y avait plus lieu d'attendre de la poursuite du traitement une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré. Elle examinerait prochainement le droit à d'éventuelles autres prestations légales.

t. Par décision du 7 décembre 2021, la SUVA a fixé la rente d'invalidité en faveur de l'assuré à 17% sur la base d'une perte de gain de même montant, relevant qu'il était à même d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie, à condition d'éviter le port de charges supérieures à 20 kg, le travail accroupi, sur les genoux, en terrain accidenté ou sur échafaudages et les montées et descentes régulières d'escaliers. Une telle activité était exigible durant toute la journée et lui permettait de réaliser un salaire de CHF 68'993.-, au vu de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS), en référence au salaire des hommes pour un niveau de compétence 1. Par ailleurs, les troubles psychogènes n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident et ne donnaient pas droit à des prestations de l'assurance-accident. Enfin, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après: IPAI) était fixée à CHF 14'820.-, sur la base d'une diminution de l'intégrité de 10%.

u. L'assuré, représenté par ses avocats, a formé opposition à l'encontre de la décision précitée le 19 janvier 2022, complétée le 31 mars 2022 avec l'accord de la SUVA. Il a conclu à son annulation et à ce que ses taux d'incapacité de gain et d'atteinte à l'intégrité soient fixés au minimum à 60%, avec recalcul de sa rente mensuelle ainsi que de son IPAI en conséquence, à la prise en charge intégrale par la SUVA de son suivi psychiatrique et psychothérapeutique et à être mis au bénéfice de l'assistance juridique. En substance, il a fait grief à la SUVA d'avoir écarté ses troubles psychiques de l'évaluation de sa capacité de gain au motif que

le lien de causalité adéquate n'était pas rempli, alors que l'accident était de gravité moyenne à tout le moins, à la limite des cas graves, voire grave, d'avoir mal établi le revenu avec invalidité sur la base de l'ESS et d'avoir mal évalué l'atteinte à l'intégrité résultant des troubles somatiques, laquelle devait s'établir entre 15 à 30% selon la table 2 de la SUVA pour la réduction de mobilité au niveau du genou et entre 15 à 30% selon la table 5 de la SUVA pour l'arthrose post-traumatique. Une IPAI entre 50% et 80% devait également être versée pour les atteintes psychiques sur la base de la table 19 de la SUVA. Globalement, le pourcentage d'atteinte à l'intégrité s'élevait donc au minimum à 60%. À l'appui de son opposition, l'assuré a produit:

- un rapport médical de la Dre J_____ et de Madame M_____ du 24 février 2022, dans lequel elles ont précisé que le trouble de stress post-traumatique (F 43.10) avec des attaques de panique avait été développé à la suite de l'accident du 29 octobre 2018 et que la symptomatologie psychique de l'assuré devait être considérée comme une de ses séquelles ;
- un rapport médical du 17 mars 2022 du docteur N_____, FMH médecine physique et réadaptation, dans lequel il a retenu le diagnostic de syndrome lombo-vertébral probablement au départ L5/S1 à droite dans un contexte de boiterie antalgique due au genou qui commandait la prescription de physiothérapie. En cas de non-amélioration dans les quatre à six semaines, des radiographies de la colonne et une IRM lombaire devraient être réalisées à la recherche de dessiccations discales et de signes d'instabilité.

v. Interrogé au sujet des rapports psychiatriques des 27 septembre 2021 et 24 février 2022, le Dr K_____ a indiqué, dans un avis du 27 juillet 2022, qu'ils n'apportaient pas d'éléments l'amenant à modifier son appréciation de mai 2021. L'assuré était jeune et avait fondé une famille alors qu'il se disait bloqué dans sa construction existentielle. Même si l'accident avait été conséquent avec un potentiel traumatique certain, il restait toujours quelque peu sceptique quant à l'évolution qui allait clairement dans le sens d'une chronicisation, voire une invalidation [sic] qui ne devait pas être renforcée par les actes médicaux. Il ne partageait par ailleurs pas le point de vue de sa collègue en ce qui concernait la modification de la personnalité de l'assuré, la composante irritabilité-tension étant plutôt liée aux symptômes directs de l'état de stress post-traumatique. Le potentiel traumatogène pour modifier une personnalité était plutôt lié à des agressions humaines répétées dans le temps.

w. Par décision sur opposition du 23 septembre 2022, la SUVA a partiellement admis l'opposition, a fixé la rente d'invalidité sur la base d'un taux d'invalidité de 22%, et l'a rejetée pour le surplus.

L'accident était de gravité moyenne stricto sensu et seule la réalisation du critère des douleurs physiques persistantes pouvait demeurer indécise, les autres n'étant pas remplis. Il s'ensuivait que le lien de causalité adéquate entre l'accident et les

troubles psychiques n'était pas donné et que la SUVA n'avait pas à prester pour ceux-ci. Au surplus, la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée avait été correctement évaluée, car, même à tenir compte d'une restriction au port de charges de plus de 5 kg, l'appréciation du gain d'invalide demeurerait inchangée; le Dr N_____ n'attestait de surcroît d'aucune incapacité de travail ou d'une quelconque limitation fonctionnelle en lien avec le syndrome lombo-vertébral. Enfin, l'argument de l'assuré selon lequel il ne pouvait plus travailler dans le secteur de la construction de sorte qu'il conviendrait de tenir compte des salaires statistiques relatifs aux activités de service ne pouvait être suivi. Cependant, le calcul de la perte de gain devait être fait en se basant sur les nouveaux chiffres de l'ESS 2020 publiés après la décision du 7 décembre 2021 ; il en résultait une perte de gain de 22% et le droit à une rente d'invalidité sur la base de ce taux. Concernant l'IPAI allouée, l'assuré ne faisait valoir aucun élément médical qui permettait d'admettre une indemnisation plus large que celle retenue par le Dr G_____, de sorte que l'appréciation à cet égard devait être maintenue.

D. **a.** Par acte du 24 octobre 2022, l'assuré, représenté par ses avocats, a interjeté recours contre la décision sur opposition du 23 septembre 2022 et a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement, à son audition et à celle des Drs L_____, N_____, de Madame M_____ et de la Dre J_____ ainsi qu'à la réalisation d'une expertise pour déterminer les activités fonctionnelles qu'il pouvait exercer compte tenu de ses atteintes à la santé physiques et psychiques et, principalement, à l'annulation de la décision sur opposition, à ce que la SUVA soit condamnée à s'acquitter de son traitement psychothérapeutique depuis l'accident du 29 octobre 2018, à l'octroi d'une rente d'invalidité fondée sur un taux d'incapacité de gain fixé au minimum à 60% sur la base d'un salaire assuré à hauteur de CHF 83'428.- à compter du 1er octobre 2021, et à l'octroi d'une IPAI à hauteur d'au minimum 60%.

Il remplissait plusieurs critères mis en avant par la jurisprudence pour faire admettre le lien de causalité adéquate entre l'accident et ses troubles psychiques: l'accident avait eu un caractère particulièrement impressionnant, il avait subi des lésions particulièrement graves, le traitement médical avait été anormalement long et pénible et il avait été en incapacité totale de travail depuis l'accident dans son activité de maçon. L'incapacité de travail liée à ses troubles psychiques devait ainsi être prise en considération et l'empêchait de travailler à plus de 50%. Compte tenu du fait qu'il ne pouvait plus exercer d'activité dans le domaine de la construction, ni même de la production, il fallait tenir compte d'un salaire statistique dans une activité répétitive de services, à un niveau de compétence 1. La perte de gain s'élevait ainsi à 60% au minimum, sous réserve d'amplification en fonction de l'expertise demandée pour déterminer plus précisément son taux d'incapacité de gain et ses limitations fonctionnelles. Le recourant a au surplus réitéré les critiques soulevées dans le cadre de l'opposition au sujet de l'IPAI.

b. Dans sa réponse du 23 décembre 2022, l'intimée, représentée par une avocate, a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens. Aucun des critères développés par la jurisprudence pour statuer sur la causalité adéquate n'était réalisé, de sorte qu'elle l'avait à juste titre niée. Ainsi, les questions de la capacité de travail et de l'IPAI devaient être tranchées à l'aune des seules séquelles organiques de l'accident. Aucun élément au dossier ne permettait de s'écarter de l'appréciation du médecin d'arrondissement qui avait jugé d'une capacité pleine dans une activité adaptée. En particulier, même à tenir compte à titre de limitation fonctionnelle d'un port de charges de 5 kg, non motivée, l'appréciation du gain d'invalide demeurerait la même, le salaire statistique sur lequel elle s'était fondée recouvrant un nombre suffisant d'activités légères ne nécessitant pas le port régulier de charges excédant les 3 à 4,5 kg. Concernant l'IPAI, l'intimée s'est référée aux arguments soulevés dans sa décision sur opposition. Elle s'est au surplus opposée aux mesures d'instruction sollicitées par le recourant, dès lors que la situation avait été instruite à satisfaction de droit sur le plan médical, et a relevé qu'il ne formulait pas expressément une demande de débats publics.

c. Le 1er mars 2022, le recourant a répliqué, persistant dans ses conclusions. Au moins six critères jurisprudentiels sur sept étaient remplis, ce qui suffisait largement pour retenir un lien de causalité adéquate entre les atteintes à sa santé psychique et l'accident. Son audition et celle des témoins requis devait permettre d'attester de la réalisation de ces critères. L'audition des médecins devait également permettre de confirmer les contradictions entre leurs rapports et ceux du médecin-conseil de l'intimée, s'agissant notamment de l'étendue de ses limitations fonctionnelles et de la possibilité d'une reprise d'une activité professionnelle. Ces contradictions justifiaient en outre la mise sur pied d'une expertise, sinon le renvoi du dossier à l'intimée pour instruction complémentaire. Le recourant a en outre produit une attestation médicale du 27 janvier 2023 du docteur O_____, médecin spécialiste en psychiatrie au Portugal, certifiant qu'il suivait toujours le recourant à sa consultation et que ce dernier avait développé après l'accident du travail de 2018 des symptômes compatibles avec le trouble post-traumatique selon la DSM-5, qui provoquaient parfois des crises d'angoisse. Il avait également développé une dépression, avec des pointes d'aggravation. Il sentait que sa vie n'avait plus de sens. En plus de la dépression, il avait commencé à avoir des difficultés à dormir et prenait des médicaments pour y parvenir.

d. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1.

1.1 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).

1.2 Selon l'art. 58 al. 2 LPGA, 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.

1.3 En l'espèce, le recourant, domicilié au Portugal, a été domicilié en dernier lieu dans le canton de Genève avant son départ et a travaillé pour une employeuse ayant également son siège dans ce canton.

1.4 La compétence de la chambre de céans 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.

3. 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 après cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit (cf. al. 1 des 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 citées ci-après dans leur teneur en vigueur à compter du 1er janvier 2017.

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

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

5. Le litige porte sur le taux de la rente d'invalidité et de l'IPAI, et plus particulièrement sur la question de savoir si les atteintes à la santé du recourant de nature psychique doivent être prises en considération, ainsi que sur l'évaluation de son revenu d'invalide. Est également litigieuse la question de savoir si l'intimée doit prendre financièrement en charge le traitement psychothérapeutique du recourant.

6.

6.1 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).

6.2 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).

6.3 Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire 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).

6.4 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 125 V 456 consid. 5a 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 ; ATF 117 V 369 consid. 4b ; ATF 115 V 133 consid. 6 ; ATF 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).

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).

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 (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.

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.

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 ; ATF 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 ; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb ; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb).

6.4.1 La raison pour laquelle la jurisprudence a adopté le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident repose sur l'idée que de telles circonstances sont propres à déclencher chez la personne qui les vit des processus psychiques pouvant conduire ultérieurement au développement d'une affection psychique. L'examen se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances de l'espèce. La survenance d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas en soi à conduire à l'admission de ce critère (ATF 148 V 138 consid. 5.3.1 et les références).

A par exemple été considéré de caractère impressionnant, bien que non dramatique, un accident au cours duquel la main de l'assuré s'est retrouvée entraînée dans une ébavureuse, le fait que ce dernier connaissait les risques inhérents à la machine, qu'il avait réussi à dégager seul sa main et à se donner les premiers soins n'étant nullement propre à relativiser l'émotion violente qu'il avait dû ressentir à cette occasion (arrêt du Tribunal fédéral 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 5.2). La condition a également été considérée comme remplie dans le cas d'un assuré qui, lors de travaux de démolition de boxes de garages, s'était trouvé pressé contre une benne de déchets par un pan de mur en plâtre s'écroulant sur lui tandis que le toit menaçait également de s'effondrer, et qui avait subi plusieurs fractures à la suite de cet événement nécessitant une hospitalisation de plusieurs jours (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 89/99 du 10 juillet 2000 consid. 3b). Ce critère a en outre été reconnu en présence d'un accident de la circulation dans un tunnel impliquant un camion et une voiture avec plusieurs collisions contre le mur du tunnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_257/2008 du 4 septembre 2008 consid. 3.3.3), d'un carambolage de masse sur l'autoroute (arrêt du Tribunal fédéral 8C_623/2007 du 22 août 2008 consid. 8.1), ou encore dans le cas d'une conductrice dont la voiture s'est encastrée contre un arbre entraînant le décès de la mère de celle-ci, qui occupait le siège passager (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 18/07 du 7 février 2008). A enfin été qualifié d'accident impressionnant, le cas d'un assuré qui s'est fait agresser à 4 heures du matin par trois inconnus devant son domicile. Après l'avoir projeté à terre et roué de coups, les agresseurs s'étaient enfuis à la suite de l'intervention des voisins. L'assuré avait souffert de plusieurs contusions et d'une fracture à la mâchoire qui avait nécessité une intervention chirurgicale. Le Tribunal fédéral a retenu que le caractère impressionnant de l'agression était donné, compte tenu notamment de la brutalité et de l'imprévisibilité de l'attaque ainsi que la disproportion des forces en présence (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 36/07 du 8 mai 2007).

A contrario, un accident au cours duquel la main de l'assuré s'est retrouvée coincée dans un appareil de laminage n'a pas été considéré comme impressionnant ou dramatique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 82/00 du 22 avril 2002 consid. 3.2.1), ni encore celui au cours duquel un travailleur était tombé d'un échafaudage d'une hauteur d'environ 3 à 4 m (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 393/04 du 9 septembre 2004, ni celui à l'occasion duquel un travailleur avait chuté d'une échelle d'une hauteur d'environ 4,5 m dans une fouille (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 144/05 du 27 décembre 2005). La condition n'a pas non plus été considérée comme remplie dans le cas d'un travailleur victime d'un accident dans les circonstances suivantes : une lourde pierre s'était détachée d'un mur haut de 2,70 m d'un immeuble en démolition et lui avait percuté le dos, puis la cheville gauche, alors qu'il s'apprêtait à franchir une fenêtre ; le choc l'avait projeté en avant et il s'était trouvé face contre terre, à cheval sur la base de l'encadrement de la fenêtre (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 338/05 du 24 février 2004).

6.4.2 Pour être retenu, le critère de 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, 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) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 4.3.2 et les références). Ce critère a par exemple été admis en cas de polytraumatisme suite à un accident de la route (arrêts du Tribunal fédéral 8C_361/2022 du 13 octobre 2022 et 8C_398/2012 du 6 novembre 2012), en cas de lésion de l'œil ayant diminué la vision (arrêt du Tribunal fédéral 8C_965/2008 du 5 mai 2009), en cas d'hypoacousie associée à des acouphènes (arrêt du Tribunal fédéral 8C_612/2019 du 30 juin 2020) ou en cas de fracture à la jambe suivie d'une amputation (arrêt du Tribunal fédéral 8C_528/2021 du 3 mai 2022 consid. 7.3.1). Il a par contre été nié dans le cas d'un assuré blessé à l'épaule gauche qui se prévalait du fait qu'il était entravé dans ses activités quotidiennes avec ses enfants (arrêt du Tribunal fédéral 8C_13/2022 du 29 septembre 2022), dans le cas d'une fracture à la cheville (arrêt du Tribunal fédéral 8C_114/2021 du 14 juillet 2021) ou dans le cas d'une lésion complexe du membre inférieur droit, traitée par voie chirurgicale, et d'une entorse grave du genou gauche obligeant l'assuré à se déplacer à l'aide de deux béquilles (arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2020 du 15 février 2021 ; pour un résumé de la jurisprudence fédérale, voir également ATF 140 V 356 consid. 5.5.1).

6.4.3 S'agissant du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, 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. 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_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 5.2.2 et la référence). La jurisprudence a notamment nié que ce critère fût rempli dans le cas d'un assuré ayant subi quatre interventions chirurgicales entre juillet 2010 et juillet 2015, au motif notamment que les hospitalisations avaient été de courte durée et que mis à part lesdites interventions, l'essentiel du traitement médical avait consisté en des mesures conservatrices (arrêt du Tribunal fédéral 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.2.3). En revanche, elle l'a admis dans le cas d'un assuré qui, hospitalisé du 15 décembre 2011 au 5 janvier 2012, avait subi trois interventions chirurgicales du coude gauche, puis une ablation du fixateur externe le 7 février 2012, une ablation du matériel d'ostéosynthèse et arthrolyse du coude le 19 novembre 2013 nécessitant une hospitalisation jusqu'au 19 décembre suivant et enfin une opération de neurolyses des nerfs ulnaire et médian au coude et poignet gauches le 10 février 2015 ; l'assuré avait en outre séjourné dans une clinique de réadaptation pendant un peu plus d'un mois pour une évaluation multidisciplinaire et professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 6.3.2). Le critère a également été admis dans le cas d'une longue et pénible convalescence sur une période de vingt-et-un mois impliquant trois interventions chirurgicales ayant tenu l'assuré loin de chez lui pendant près de cinq mois à compter de l'accident, puis deux autres opérations pratiquées par la suite pour enlever le matériel d'ostéosynthèse et nécessitant encore deux semaines de rééducation intensive (arrêt du Tribunal fédéral 8C_818/2015 du 15 novembre 2016 consid. 6.2). Il a enfin été récemment admis dans le cas d'une hospitalisation de sept mois après l'accident, dont deux mois de transferts « lit-fauteuil » pour garantir l'absence de charge sur les deux membres inférieurs, l'assuré s'étant au surplus soumis à deux opérations chirurgicales d'ostéosynthèse au niveau du bassin, à une opération d'ablation du matériel d'ostéosynthèse, suivie d'une nouvelle hospitalisation de trois semaines, puis à une nouvelle hospitalisation de près d'un mois en raison de l'exacerbation des douleurs au niveau du bassin et enfin à une évaluation multidisciplinaire durant deux semaines. Au titre d'interventions figuraient également une urétrographie-cystoscopie sous narcose et des perfusions de xylocaïne et de kétamine (ATF 148 V 138 consid. 5.3.2).

6.4.4 Quant au 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).

6.4.5 En ce qui concerne l'existence de difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes, il convient de préciser que ces deux aspects ne doivent pas être remplis de manière cumulative. Il doit exister des

motifs particuliers ayant entravé la guérison, et ce même s'il n'a pas été possible de supprimer les douleurs de l'intéressé, ni même de rétablir une capacité de travail entière (arrêt du Tribunal fédéral 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid.5.2.5 et les références).

6.4.6 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 (p. ex. arrêt du Tribunal fédéral 8C_209/2020 du 18 janvier 2021 consid. 5.2.2). Ce critère est en principe admis en cas d'incapacité totale de travail de près de trois ans (arrêts du Tribunal fédéral 8C_547/2020 du 1er mars 2021 consid. 5.1 et 8C_600/2020 du 3 mai 2021 consid. 4.2.4 et les références ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_803/2017 du 14 juin 2018 consid. 3.7 et 8C_116/2009 du 26 juin 2009 consid. 4.6). 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 précité), pendant un an et demi (arrêt du Tribunal fédéral 8C_627/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.4.5), pendant vingt mois (arrêt du Tribunal fédéral 8C_93/2022 consid. 5.3) ou encore pendant vingt-et-un mois (arrêt du Tribunal fédéral 8C_600/2020 du 3 mai 2021 consid. 4.2.4).

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 (ATF 122 V 157 consid. 1b).

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).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères: s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 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).

9. En l'espèce, le recourant soutient en premier lieu que l'intimée n'a pas tenu compte de l'ensemble des limitations fonctionnelles physiques dont il souffre, mises en avant par les Drs L_____ et N_____, de sorte que sa conclusion d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée ne serait pas correcte.

Tout d'abord, la chambre de céans constate que les conclusions du Dr G_____ se fondent non seulement sur les pièces du dossier médical du recourant, mais également sur ses propres constatations cliniques puisqu'il l'a personnellement examiné à trois reprises. Le médecin d'arrondissement a par ailleurs recueilli les plaintes du recourant, procédé à une anamnèse complète et motivé ses conclusions. Son appréciation doit ainsi se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Cela est d'autant plus vrai qu'aucun élément médical au dossier ne permet de douter de la fiabilité des conclusions du Dr G_____. En effet, aucun rapport médical ne critique son appréciation ou fait simplement état de ce que la capacité de travail du recourant ne serait pas entière dans une activité adaptée. Au contraire, le Dr H_____ a indiqué trouver adéquates les conclusions de l'intimée et être favorable à une reprise professionnelle adaptée.

Concernant les constatations du Dr L_____, elles se superposent en grande partie à celles du Dr G_____. Les deux médecins sont en effet d'avis que le recourant ne peut plus exercer son ancienne activité de maçon et établissent des limitations fonctionnelles similaires, hormis quant au port de charges, que le médecin traitant limite à 5 kg alors que le médecin d'arrondissement mentionne un port de charges possible jusqu'à 20 kg. Cette seule divergence – qui n'est du reste pas spécifiquement motivée par le Dr L_____ – ne remet pas en cause le constat d'une pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, mais éventuellement les limitations fonctionnelles à respecter. Il sied par ailleurs de relever que le Dr L_____ a en outre indiqué que le recourant cherchait à se reconvertir sur le plan professionnel, sous-tendant ainsi une capacité de travail dans une activité adaptée.

S'agissant du rapport du Dr N_____ du 17 mars 2022, force est de constater que s'il pose un diagnostic, soit celui de syndrome lombo-vertébral dans un contexte de boiterie antalgique du genou droit, il est muet quant à une éventuelle répercussion sur la capacité de travail du recourant ou les limitations fonctionnelles induites par cette atteinte à la santé. En tant que ce rapport indique que le recourant doit réaliser des exercices de physiothérapie pour apprendre le guidage dynamique, que d'autres investigations seront menées dans un second temps en cas de non-amélioration des symptômes et qu'aucune radiographie, IRM subséquentes ou tout simplement un autre rapport de consultation pour le trouble lombaire ne figure au dossier, l'atteinte qui y est mentionnée ne semble pas, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, avoir persisté ou être incapacitante. Le recourant ne peut ainsi être suivi lorsqu'il affirme que le syndrome lombo-

vertébral l'empêche d'exercer un très grand nombre d'activités, même légères, voire assises.

Dans ces circonstances, il apparaît que l'intimée a correctement diagnostiqué les atteintes à la santé somatiques du recourant (fracture du fémur distale droit sus- et intercondylienne avec fragment de Hoffa au niveau du condyle fémoral externe, ostéosynthèse, cal vicieux avec valgus du membre inférieur droit, fracture non déplacée de l'os naviculaire intra-articulaire et ablation du matériel d'ostéosynthèse) et jugé qu'il disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, sans baisse de rendement.

10. Reste à déterminer si les troubles psychiques dont souffre le recourant doivent être pris en compte dans l'analyse de sa capacité de travail. Ceci revient à juger de leur lien de causalité adéquate avec l'accident, étant relevé que selon le médecin d'arrondissement de l'intimée, le lien de causalité naturelle est certain pour ce qui a trait à l'état de stress post-traumatique et probable pour ce qui est de l'atteinte dépressive, ce qui implique que la causalité naturelle est admise.

10.1 Le recourant ne discute pas dans son recours de la qualification de l'accident retenue par l'intimée, à savoir un accident de gravité moyenne stricto sensu, alors qu'il soutenait dans son opposition que celui-ci pouvait être de nature plus élevée, le qualifiant de gravité moyenne à tout le moins, à la limite des cas graves, voire grave.

Compte tenu du déroulement de l'accident, tel qu'il ressort du rapport dressé par B_____ – lequel contient le plus de précisions à cet égard et n'est pas remis en cause par les parties – la qualification d'accident de gravité moyenne stricto sensu doit être confirmée, à la lumière des forces mises en jeu lors de l'accident. Les blessures occasionnées au recourant, soit des fractures et des plaies superficielles, à l'exclusion de troubles vasculo-nerveux ou d'autres lésions plus étendues, sont en effet révélatrices d'une puissance moyenne dégagée lors de l'accident. Le cas ne peut pas être considéré comme similaire à celui jugé par le Tribunal fédéral des assurances dans l'arrêt U 89/99 du 10 juillet 2000 qui avait été évalué de gravité moyenne à la limite des cas graves, dans la mesure où l'assuré souffrait alors d'autres lésions en sus d'une fracture du radius, notamment d'une hernie inguinale et d'une rupture de l'apophyse transverse de la première vertèbre lombaire droite. De plus, récemment, le Tribunal fédéral a également classifié des accidents de foudre dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite des cas graves, (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_437/2021 du 25 novembre 2021 et ATF 148 V 301) alors que les forces générées par la foudre apparaissent plus importantes que celles du cas d'espèce.

10.2 Il s'agit donc de discuter de la réalisation des critères jurisprudentiels pour juger du lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques dont souffre le recourant.

10.2.1 Dans sa décision sur opposition, l'intimée a laissé ouverte la question de savoir si le critère des douleurs physiques persistantes était rempli, au motif que les autres critères ne l'étaient pas, tandis qu'elle l'a nié dans la procédure de recours devant la chambre de céans. À l'instar de ce qu'elle développe dans son écriture du 23 décembre 2022, les éléments au dossier ne permettent pas de retenir que le recourant a souffert de douleurs importantes récurrentes entre le moment de l'accident et la clôture du cas qui auraient eu un impact sur l'ensemble de sa vie quotidienne. Les rapports médicaux font en effet état de douleurs fluctuantes et stagnantes, qui se manifestent surtout à la charge et à la course. La gêne principale rapportée avant la seconde opération était par ailleurs celle d'un déficit d'extension et le recourant a ressenti une amélioration à sa suite, également sur le plan des douleurs. De même, si le Dr L_____ a certes indiqué que le recourant ne pouvait plus pratiquer les activités sportives auxquelles il s'adonnait avant l'accident, d'autres rapports mentionnent que le recourant a repris une légère activité sportive (cf. rapport du Dr F_____ du 3 juillet 2019 et du Dr D_____ du 27 novembre 2019). En tout état, pour juger de l'impact d'un accident sur la vie quotidienne d'un assuré lors de l'analyse du critère des douleurs physiques persistantes, on ne saurait se fonder exclusivement sur les limitations ressenties dans la sphère sportive. Enfin, il sied en outre de tenir compte du fait que le recourant ne prend pas de médication pour traiter ses douleurs, hormis une prise d'antalgiques durant les deux phases postopératoires, ce qui exclut qu'elles soient considérables au sens entendu par la jurisprudence. La réalisation de ce critère doit donc être niée.

10.2.2 Les parties s'accordent par ailleurs sur le fait qu'il n'y a pas eu d'erreurs dans le traitement médical ayant entraîné une aggravation des séquelles de l'accident, et tel n'est effectivement pas le cas.

Sur le reste des critères, leurs points de vue divergent.

10.2.3 Concernant en premier lieu le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident, la chambre de céans considère que l'accident a revêtu un caractère impressionnant. Le recourant s'est en effet retrouvé coincé entre une benne et la lame stabilisatrice d'une machine de chantier, laquelle avait ripé et s'était projetée contre lui. Bien qu'il ne soit pas possible, au vu des éléments au dossier, de savoir quelle était la vitesse exacte de la pelle hydraulique, il faut admettre que celle-ci n'était pas anodine, le recourant n'ayant pas été en mesure d'éviter le coup et son collègue au volant d'empêcher l'avancée de la machine. De manière générale, des machines de chantier ont également un caractère impressionnant, même pour des gens du métier, ce d'autant plus que le recourant a en l'occurrence été heurté par la lame stabilisatrice en métal, et s'est retrouvé coincé en étau, sans pouvoir se dégager. À tout le moins, l'accident ne paraît pas moins impressionnant que celui dans lequel la main d'un assuré a été entraînée dans une ébavureuse, la machine étant alors statique, au contraire du cas d'espèce. Il présente en outre certaines similitudes avec l'accident au cours duquel la victime avait été coincée par la

chute d'un pan de mur (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 89/99 du 10 juillet 2000). Par conséquent, il peut être admis que l'accident avait un caractère particulièrement impressionnant, sans qu'il faille précisément déterminer si les circonstances étaient particulièrement dramatiques. Du reste, l'on soulignera que l'employeuse semble également avoir considéré que l'accident n'était pas bénin et nécessitait la prise de mesures, puisqu'elle a décrété un moratoire sur l'attribution de missions à des pré-retraités.

10.2.4 Concernant en deuxième lieu le critère des difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes, contrairement à ce que soutient le recourant, le fait qu'il ait dû suivre une rééducation intensive ne permet pas d'admettre sa réalisation. La rééducation sous forme de physiothérapie est au contraire la voie usuelle pour traiter les atteintes aux membres inférieurs à la suite d'opérations. En outre, aucun élément médical au dossier ne permet de retenir que la boiterie persistante qui semble avoir favorisé le syndrome lombo-vertébral aurait compliqué la guérison du recourant concernant les membres inférieurs. Le diagnostic a d'ailleurs été posé la première fois en mai 2022, soit assez tardivement. De plus, contrairement à ce que soutient le recourant, le risque d'arthrose post-traumatique n'est que futur et n'a donc pas eu d'effet sur le déroulement de la guérison. Enfin, l'apparition d'une tendinite fascia lata qui a été traitée par l'ablation du matériel d'ostéosynthèse n'est pas non plus qualifiée de difficulté particulière sur la voie de la guérison ou de complication importante qui sortirait de l'ordinaire par les différents médecins ayant soigné le recourant. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse est au contraire un acte relativement fréquent après une chirurgie orthopédique. L'on pourrait néanmoins se poser la question de savoir si la position en valgus prise par le genou du recourant constituerait une difficulté apparue au cours de la guérison ou une complication importante. Dans la mesure où les médecins ont finalement décidé de ne pas réaliser l'ostéotomie de correction, car l'axe valgisant protégeait le compartiment fémoro-tibial interne, tel n'est cependant pas le cas.

10.2.5 S'agissant du critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, on pourrait admettre que celui-ci est réalisé, dans la mesure où le recourant a été totalement incapable de travailler en raison de ses atteintes à la santé somatique durant près de deux ans et demi si l'on tient compte de la date de l'examen du Dr G_____ du 21 avril 2021 au cours duquel il a estimé que le cas était stabilisé, respectivement durant près de trois ans si l'on tient compte de la date du 30 septembre 2021 jusqu'à laquelle l'intimée a versé les indemnités journalières et a clôturé le cas au sens de l'art. 19 al. 1 LAA, jugeant que la continuation du traitement médical ne pouvait alors plus apporter une sensible amélioration de l'état du recourant. Dans les deux cas, ces durées d'incapacité de travail sont suffisamment longues pour retenir que le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques est réalisé.

10.2.6 Cela étant, les autres critères développés par la jurisprudence ne sont de toute évidence pas remplis. De simples fractures aux membres inférieurs ne sont pas des lésions physiques particulièrement graves propres, selon l'expérience générale, à entraîner des troubles psychiques, et ne sont pas assimilables à la perte de l'usage d'un organe important. En outre, le traitement auquel s'est soumis le recourant n'était pas anormalement long et a essentiellement consisté en de la rééducation par physiothérapie, hormis les deux interventions qu'il a subies, lesquelles étaient néanmoins espacées dans le temps et n'ont pas occasionné de longues hospitalisations.

10.3 Au vu de ce qui précède, il sied de constater que les troubles psychiques dont souffre le recourant ne sont pas en lien de causalité adéquate avec l'accident du 29 octobre 2018, celui-ci étant de gravité moyenne stricto sensu, et au maximum deux critères développés par la jurisprudence étant remplis. Il n'apparaît pas non plus que les critères en question se soient manifestés de manière particulièrement marquante pour justifier à eux seuls ou cumulés entre eux l'admission de la causalité adéquate, étant précisé que le recourant ne le soutient pas.

Dans ces circonstances, la décision de l'intimée d'écarter les troubles psychiques du recourant et de ne pas prester pour ceux-ci doit être confirmée, tant pour ce qui a trait à l'évaluation de la capacité de travail et de l'IPAI que concernant la prise en charge du traitement psychothérapeutique.

11.

11.1 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 1er 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).

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).

11.2 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.

12.

12.1 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 16 LPGA). 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).

12.2 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).

12.3 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 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; ATF 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; ATF 134 V 322 consid. 4.1 et les références).

12.4 On évaluera le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 148 V 174 consid. 6.2 et les références ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et les références).

Il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1_tirage_skill_level, à la ligne «total secteur privé» (ATF

124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_skill_level et non pas le tableau TA1_b (ATF 142 V 178). Lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières ; tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte (arrêt du Tribunal fédéral 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2.1 et la référence). Il y a en revanche lieu de se référer à la ligne "total secteur privé" lorsque l'assuré ne peut plus raisonnablement exercer son activité habituelle et qu'il est tributaire d'un nouveau domaine d'activité pour lequel l'ensemble du marché du travail est en principe disponible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_405/2021 du 9 novembre 2021 consid. 5.2.1 et les références). En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques dans le secteur privé) pour se référer à la table TA7 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon le domaine d'activité dans les secteurs privé et public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible. C'est le lieu de préciser que les tables TA1, T1 et TA7 des ESS publiées jusqu'en 2010 correspondent respectivement aux tables TA1_skill_level, T1_tirage_skill_level et T17 des ESS publiées depuis 2012 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2.2 et les références). La valeur statistique – médiane – s'applique, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_801/2021 du 28 juin 2022 consid. 3.6).

Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a récemment estimé qu’il n'y a pas de motif sérieux et objectif de modifier la jurisprudence selon laquelle la détermination du revenu d'invalide sur la base des valeurs statistiques se fonde en

principe sur la valeur centrale, respectivement médiane, de l'ESS (ATF 148 V 174 consid. 9.2.3 et 9.2.4).

12.5 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'invalide, 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).

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. À 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).

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 non publié et les références).

12.6 Le recourant critique le calcul de la perte de gain effectué par l'intimée et soutient qu'il ne peut plus travailler dans le secteur de la construction ou celui de la production compte tenu de ses importantes limitations fonctionnelles, de sorte qu'il faudrait se baser exclusivement sur les salaires statistiques des activités de services.

Ce point de vue ne saurait être suivi. La jurisprudence fédérale n'admet le recours à des secteurs particuliers de l'ESS, voire à des branches particulières, que dans des circonstances spécifiques, à savoir lorsque la personne assurée a travaillé dans un domaine durant de nombreuses années avant l'atteinte à la santé et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte, le but étant ainsi de permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail dans l'activité qui paraît la plus adaptée à sa santé. Or, en l'occurrence, il n'existe pas de circonstances particulières permettant de déroger aux salaires mensuels résultant du tableau TA1_skill_level, à la ligne « total secteur privé ». Le recourant n'a pas travaillé durant de nombreuses années dans la construction avant l'accident et son cas de figure est similaire à celui de personnes assurées ne pouvant plus accomplir leur ancienne activité car elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Dans la mesure où le Tribunal fédéral admet que pour ces assurés ce salaire statistique recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, le salaire avec invalidité fixé sur cette base par l'intimée doit être confirmé.

Par ailleurs, le fait que les Drs G_____ et L_____ aient évalué différemment le poids que le recourant peut porter n'a pas non plus d'influence sur le revenu avec invalidité, au regard du fait que les statistiques sur lesquelles ce revenu se fonde comprennent un nombre suffisant d'activités légères ne nécessitant pas le port de charges excédant les 3 à 4,5 kg (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.1.4).

À toutes fins utiles, la chambre de céans relève qu'il en serait allé de même si le syndrome lombo-vertébral avait été reconnu incapacitant ainsi qu'en lien de causalité naturelle avec l'accident, le marché équilibré du travail offrant la possibilité d'exercer des activités légères ou alternées entre la position assise et debout compatibles avec les limitations fonctionnelles généralement induites par un tel trouble (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 761/01 du 18 octobre 2002 consid. 2.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_299/2010 du 23 juillet 2010 consid. 4.3).

Le recourant n'élève pas d'autres griefs à l'encontre du calcul de sa perte de gain opéré par l'intimée et celui-ci apparaît conforme au droit. En particulier, un abattement sur le salaire statistique n'est en l'espèce pas pertinent: le niveau de compétence 1 de l'ESS comprend un grand nombre d'activités légères à moyennement lourdes qui sont compatibles avec les limitations fonctionnelles du recourant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_48/2021 du 20 mai 2021 consid. 4.3.4 et

les références), un abattement en raison de l'absence d'expérience et d'ancienneté dans une activité exigible de niveau 1 n'entre pas en ligne de compte (arrêt du Tribunal fédéral 8C_699/2017 du 26 avril 2018 consid.3.2 et les références), ni le fait que le recourant n'est pas Suisse, le Tribunal fédéral ayant indiqué que les titulaires d'une autorisation de séjour ne sont pas moins rémunérés que les personnes de nationalité suisse (ATF 126 V 75 consid. 5) ; le recourant a au surplus été jugé apte à travailler à 100% et n'est pas d'un âge avancé, étant précisé qu'il n'est pas possible d'accorder un abattement sur la base de ce critère lorsqu'on est en présence d'un cas d'application de l'art. 28 al. 4 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) (ATF 148 V 419).

Les autres paramètres du calcul (prise en compte de l'inflation et de l'horaire hebdomadaire de travail) sont également corrects.

Par conséquent, l'octroi d'une rente d'invalidité sur la base d'un taux d'invalidité de 22% est conforme au droit.

13.

13.1 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). 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). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

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).

13.2 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).

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).

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).

14. Depuis le 1er janvier 2016, le montant maximum du gain assuré s'élève à CHF 148'200.- par an et CHF 406.- par jour (art. 22 al. 1 OLAA).

15.

15.1 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).

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 (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3).

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).

15.2 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).

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) ; 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).

15.3 Le recourant fait grief à l'intimée d'avoir mal fixé le pourcentage d'atteinte à l'intégrité en raison de ses atteintes physiques. Il soutient qu'il souffre d'une réduction de mobilité au niveau du genou limitant son mouvement et sa rotation, ce qui justifierait une indemnisation selon la table 2 de la SUVA, tandis que le risque d'arthrose post-traumatique justifie une indemnisation selon la table 5 de minimum 15%, voire 30%.

Il sied de rappeler que le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales. Or, le recourant ne s'appuie sur aucun élément médical pour critiquer l'appréciation du Dr G_____ quant à l'IPAI, qu'il a fixée, après avoir examiné le recourant à trois reprises, sur la base de la table 5 et d'une gonarthrose fémoro-tibiale latérale modérée, ainsi que de son évolution à moyen terme. L'indemnisation selon la table 5 pour ce type d'atteinte

étant comprise entre 5% et 15%, l'octroi d'une IPAI de 10% respecte ce barème. Ceci suffit à rejeter le grief du recourant.

À toutes fins utiles, la chambre de céans observe néanmoins que l'octroi d'une IPAI fondée sur la table 2 de la SUVA n'aurait pas été justifiée, dans la mesure où, selon les constatations médicales, le recourant a retrouvé ses amplitudes articulaires au niveau du genou droit. Tel était déjà le cas lors de l'examen du 5 novembre 2019 du Dr G_____ et cela a encore été confirmé par la suite au cours des examens physiques réalisés par les Drs H_____ et L_____, lesquels ont mis en évidence une flexion/extension complète, à tout le moins après la seconde opération de juin 2020.

Par conséquent, l'octroi d'une IPAI de 10% ne prête pas le flanc à la critique.

16.

16.1 Aux termes de l'art. 6 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH - RS 0.101), toute personne a droit à ce que sa cause soit entendue équitablement, publiquement et dans un délai raisonnable, par un tribunal indépendant et impartial, établi par la loi. Un litige portant sur le droit éventuel à des prestations d'assurance, dont l'examen dépend essentiellement de l'appréciation de rapports médicaux, fonde le droit à des débats publics en procédure cantonale. La requête de tels débats doit néanmoins être formulée de manière claire et indiscutable (ATF 127 V 47). De simples requêtes de preuves, comme des demandes tendant à une comparution ou à une interrogation personnelle, à un interrogatoire des parties, à une audition des témoins ou à une inspection locale, ne suffisent pas pour fonder une semblable obligation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_335/2021 consid. 3.1 et les références ; ATF 127 V 47).

16.2 En l'espèce, le recourant a conclu à des mesures d'instruction sous la forme de son audition et celle de ses médecins traitants, en application de l'art. 6 CEDH, ainsi qu'à la réalisation d'une expertise pour déterminer les activités qu'il pourrait exercer compte tenu de l'ensemble de ses atteintes à la santé. Il estime que les auditions requises seraient de nature à permettre d'attester de la réalisation des critères jurisprudentiels afférents à la reconnaissance de la causalité adéquate entre l'accident et ses atteintes à la santé de nature psychique et permettraient de confirmer les contradictions entre les appréciations de ses médecins et celles émanant du médecin-conseil de l'intimée. Ces contradictions justifieraient en outre la mise sur pied d'une expertise.

Comme il a été vu plus haut, une pleine valeur probante doit être accordée aux conclusions du médecin d'arrondissement de l'intimée concernant la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée.

Quant à la question de la causalité adéquate, il s'agit d'une question de droit, et non médicale.

Dans ces circonstances, par appréciation anticipée des preuves (cf. ATF 122 II 469 consid. 4a ; ATF 122 III 223 consid. 3c), une audition des médecins traitants, du recourant, ou la mise en œuvre d'une expertise apparaissent inutiles, la chambre de céans étant en mesure de se prononcer sur la base de l'instruction déjà menée.

En outre, si le recourant a invoqué l'art. 6 CEDH qui permet à un justiciable de solliciter la tenue de débats publics pour trancher sa cause, force est de constater qu'il n'a pas explicitement requis la tenue de tels débats, mais s'est contenté de solliciter son audition et celle de ses médecins traitants et de sa psychologue en vue de clarifier des questions médicales afférentes à ses limitations fonctionnelles et à sa capacité de travail, ainsi que la question de la causalité adéquate. Ce faisant, la demande du recourant porte sur l'administration des preuves et ne constitue pas une requête claire et indiscutable de débats publics au sens de l'art. 6 CEDH. Il n'y a par conséquent pas lieu d'ordonner la tenue d'une audience publique sur cette base.

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

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario). Il en va de même de l'intimée qui agit en tant qu'assureur social devant une juridiction de première instance (ATF 126 V 149 consid. 4).

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
Adriana MALANGA	Valérie MONTANI

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