

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4018/2016

ATAS/961/2017

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 octobre 2017

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à ANNEMASSE (France),
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Joanna
BÜRGISSER

recourant

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS (SUVA), sise Fluhmattstrasse 1, case postale
4358, LUCERNE

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1977, de nationalité française, est marié et père de trois enfants. Engagé le 1^{er} mai 2009 comme conducteur à plein temps par les Transports publics genevois (TPG), il était, à ce titre, assuré contre le risque d'accidents, professionnels ou non, auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'assurance).
2. Le 7 juillet 2014, alors qu'il fuyait un contrôle de police en enfreignant plusieurs règles de la circulation routière, l'assuré a été victime d'un accident de scooter, qui s'est essentiellement traduit par une fracture du tibia-péroné droit, une fracture ouverte du plateau tibial droit de type Gustilo III C et par la section de l'artère tibiale postérieure.
3. Du 7 juillet au 19 septembre 2014, l'assuré a séjourné aux hôpitaux universitaires de Genève (HUG), où il a subi les opérations suivantes :
 - 8 juillet 2014 : exploration des artères jambières, tentatives d'anastomose de l'artère tibiale postérieure, sans succès, pose d'un fixateur externe Hoffmann II et débridement ;
 - 10 juillet 2014 : lavage et débridement de la jambe droite en raison de sa subamputation traumatique ;
 - 16 juillet 2014 : amputation mi-cuisse selon Gritti en raison de la progression d'une nécrose des tissus mous et des os ; concrètement, les chirurgiens ont procédé à une coupe fémorale supracondylienne, suivie d'une section à la main de la facette postérieure de la rotule et sa fixation ;
 - 24 juillet 2014 : drainage de l'hématome au niveau du moignon d'amputation vu le status post-amputation du membre inférieur droit selon guillotine et collection au niveau du moignon d'amputation.
4. Les suites de cet accident ont été prises en charge par la SUVA.
5. Le 30 septembre 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (OAI).
6. L'assuré se plaignant d'une fatigabilité importante, d'insomnies et d'une péjoration de son moral, son dossier a été soumis au docteur B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin-conseil de l'assurance. Dans son appréciation du 12 novembre 2014, ce médecin a admis, vu la gravité et les conséquences de l'accident (amputation, difficultés adaptatives, réaction dépressive du type deuil), l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles psychiques. Il a préconisé un suivi spécialisé pour aider l'assuré dans son

processus de deuil, le soutenir dans son adaptation à sa nouvelle vie et favoriser une forme de réintégration psycho-sociale.

7. À teneur du rapport rédigé le 9 février 2015 par le docteur C_____, médecin généraliste à Annemasse, l'assuré ressentait encore quelques douleurs « fantômes », lesquelles ne nécessitaient toutefois pas de traitement spécifique. Il présentait également des signes d'anxiété et des troubles réactionnels de l'humeur. Enfin, il se plaignait de douleurs aux lombaires et à la hanche. Son état était stabilisé. En raison de ces atteintes, l'assuré était incapable d'exercer son activité antérieure. En revanche, sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée.
8. Le 3 mars 2015, l'assuré a été examiné par le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Le médecin a expliqué que l'assuré avait été victime d'une fracture ouverte de la jambe droite de stade III C de Gustillo qui avait nécessité, secondairement, une amputation au niveau du tiers distal du fémur droit (fracture ouverte du tibia droit, lésion vasculaire irréparable et amputation). Avec l'appareillage mis en place, l'assuré était capable de parcourir un kilomètre. Les douleurs neurologiques de type membre fantôme étaient plutôt bien stabilisées par le traitement (Lyrica). Le cas devait dès lors être considéré comme stabilisé. Sur le plan professionnel, l'assuré souhaitait devenir conducteur de tram. Si cela ne devait pas être possible, une activité principalement assise, sans port de charges, permettant quelques déplacements ponctuels, mais n'impliquant pas de montées d'escaliers ou d'échelles était possible à plein temps (cf. rapport du 5 mars 2015).
9. Le même jour, le Dr D_____, dans une appréciation séparée, a évalué l'atteinte à l'intégrité à 40% (perte d'un ou de plusieurs segments des membres inférieurs, table IV), puisque l'assuré avait subi une amputation au niveau du genou.
10. Il ressort d'un rapport rédigé le 26 mai 2015 par la doctoresse E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant de l'assuré, que ce dernier a développé, suite à son accident, un trouble dépressif sévère nécessitant un suivi hebdomadaire.

Le tableau clinique était dominé par des affects dépressifs, des angoisses intenses, une idéation suicidaire épisodique, une perte de l'élan vital et une perte d'intérêt et de motivation, de forts sentiments de culpabilité, une importante difficulté à se projeter dans l'avenir, des périodes de repli sur soi et de fatigabilité, un évitement des situations stressantes, une difficulté à accomplir les activités de la vie quotidienne (en raison de l'état anxieux, notamment) et des troubles du sommeil. L'assuré était totalement incapable de travailler depuis le 23 mars 2015, date du début du suivi psychiatrique. L'évolution était très lentement favorable, avec une acceptation progressive de l'handicap physique, une stabilisation progressive du trouble dépressif et un amendement de la symptomatologie psychique. Si cette amélioration devait se poursuivre, une réinsertion dans l'activité de chauffeur de tram ou dans toute autre activité adaptée pourrait être envisagée, étant précisé que

l'assuré devait toutefois éviter les situations de surmenage et de stress. Le pronostic était bon, le trouble psychique étant susceptible d'amélioration.

11. Par décision du 29 juin 2015, confirmée sur opposition le 13 août 2015 et sur recours le 23 juin 2016 (ATAS/523/2016), la SUVA a réduit, avec effet rétroactif au 10 juillet 2014, ses prestations en espèces de 20%, en raison des infractions au code de la route commises par l'assuré.
12. Le 17 juin 2014, l'assuré a une nouvelle fois été examiné par le Dr B_____ qui a conclu, dans son rapport du 21 juillet 2015, à des troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21).

Le Dr B_____ a constaté une évolution favorable, avec la persistance d'une symptomatologie dépressive et anxieuse légère, dont il a estimé qu'elle était clairement réactionnelle à l'accident subi et à ses conséquences négatives sur l'intégrité physique de l'intéressé. Concrètement, il n'y avait plus d'humeur stablement dysphorique ; l'estime de soi était conservée et il n'y avait pas d'idéation suicidaire ; l'inhibition restait légère.

Le Dr B_____ a relevé un état de tension et d'anxiété, considéré comme normal compte tenu des nombreuses incertitudes de l'assuré concernant son avenir. Enfin, il a noté une forte colère retenue et non exprimée par l'assuré (contre les circonstances de la vie et contre lui-même).

Le psychiatre a émis l'avis que l'assuré était en train de récupérer une pleine capacité de travail sur le plan psychique et que la mise en place d'une réadaptation en tant que chauffeur de tram pouvait être envisagée dès son retour de vacances. Un suivi spécialisé restait hautement indiqué, non seulement pour stabiliser la situation mais pour accompagner l'assuré dans sa reprise/réintégration professionnelle. Le traitement en question, en lien de causalité avec l'accident assuré, devrait être maintenu au moins jusqu'à fin 2015 et pris en charge par l'assureur.

13. Dans un rapport du 11 novembre 2015, la Dresse E_____ a confirmé l'amendement, dans un premier temps, de la symptomatologie dépressive, jusqu'à ce que l'assuré apprenne, lors d'un entretien récent avec son employeur et l'OAI, que des mesures de réinsertion auprès de son employeur n'étaient pas envisageables. Ce projet de reconversion en qualité de conducteur de tram avait été fortement investi par l'assuré. Confronté à la perte de son emploi et à l'impossibilité de réintégrer les TPG dans une activité adaptée, l'assuré avait souffert d'une recrudescence de la symptomatologie psychique (résurgence de fluctuations thymiques, associée à une anxiété massive, irritabilité importante et difficulté à se projeter dans l'avenir). Un risque de passage à l'acte auto- ou hétéro-agressif ne pouvait être exclu.

Compte tenu de cette aggravation, la mise sur pied des mesures d'évaluation et de réadaptation professionnelles pour l'assurance-invalidité n'était pas raisonnablement exigible dans l'immédiat ; il valait mieux réexaminer la question d'ici deux à trois mois. Les mesures de réadaptation à envisager devaient viser à

éviter les situations de stress et de surmenage et amener à une reconversion /formation vécue comme valorisante et tenant compte des capacités intellectuelles et cognitives de l'assuré. Celui-ci avait manifesté son intérêt pour une formation dans le domaine de l'horlogerie. Sa capacité de travail était pour l'heure nulle.

14. Le 18 novembre 2015, l'assuré a été réexaminé par le Dr B_____, dans le but de déterminer son aptitude à suivre une réadaptation professionnelle.

Après avoir examiné l'assuré et pris en considération ses plaintes et l'anamnèse, le médecin a confirmé le diagnostic de troubles de l'adaptation avec prédominance d'une perturbation d'autres émotions (F43.23).

La symptomatologie était très largement dominée par un état de tension, mêlée de colère et d'irritabilité. Cette réaction émotionnelle était présente à tel point que le Dr B_____ n'avait pu évaluer s'il y avait ou non une dysphorie sous-jacente, ni examiner l'importance de l'anxiété, qui ne pouvait être niée vu les incertitudes auxquelles était confronté l'assuré.

En définitive, le médecin a suggéré de reporter la réadaptation de deux mois, soit jusqu'au début 2016, pour permettre à l'intéressé de digérer les mauvaises nouvelles, se raisonner et mettre en place un mécanisme de défense moins projectif et émotionnel.

15. Le 4 février 2016, la Dresse E_____ a qualifié l'état de son patient de stationnaire. Selon elle, la question des mesures d'évaluation et de réadaptation professionnelle pourrait vraisemblablement être rediscutée. La capacité de travail était toujours nulle.
16. Par courrier du 23 mars 2016, la Dresse E_____ a évalué la capacité de travail, sur le plan psychique, entre 30 et 50% dans une activité adaptée.
17. Par courrier du 2 mai, confirmé par communication du 18 mai 2016, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une mesure d'accompagnement individuel (coaching spécialisé ayant pour but de le préparer à une mesure d'orientation professionnelle dans un centre spécialisé) devant se dérouler du 17 mai au 9 juin 2016.
18. Par communication du 11 mai 2016, la SUVA a suspendu le versement des prestations (frais de traitement et indemnités journalières) avec effet au 30 septembre 2016, date à compter de laquelle elle a considéré que l'état de l'assuré devrait être stabilisé et à laquelle elle statuerait sur son droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI).
19. Un compte-rendu final a été rédigé le 3 juin 2016, à l'issue de la mesure d'accompagnement ordonnée par l'OAI. Les possibilités de réorientation étaient les suivantes, par ordre de priorité par rapport aux préférences de l'assuré et à ses aptitudes :

- validation des aptitudes et étude des rudiments de l'électrotechnique et de l'électronique, afin de travailler dans un atelier de réparation de composants électroniques ;
 - emploi dans le domaine du chauffage thermique, vu le brevet d'études professionnels (BEP) en chauffage thermique et le certificat de formation professionnelle (CFP) de monteur et dépanneur frigoriste et les années d'expérience dans ce domaine ; une validation des compétences acquises en géothermie notamment et une formation sur les pompes à chaleur en aérothermie et géothermie constitueraient un avantage supplémentaire ;
 - chauffeur de limousines privées ou de taxi, étant précisé que dans ce dernier cas, des cours à l'école de taxi devraient être suivis afin d'obtenir le permis B121 ;
 - validation des aptitudes manuelles et formation de base en tant qu'opérateur en horlogerie.
20. Lors d'un entretien tripartite le 14 juin 2016 entre l'assuré, la SUVA et l'OAI, il a été décidé que, dans un premier temps, l'assuré serait placé aux Établissements publics pour l'intégration (ÉPI) pour valider ses aptitudes techniques et tester la viabilité des pistes professionnelles trouvées. Dans un second temps, une formation dépendant de son choix devait être mise en place. Les ÉPI étant fermés de mi-juillet à mi-août, l'OAI a proposé à l'assuré de suivre, pendant l'été, des cours de remise à niveau modulables selon ses souhaits. L'accord de l'assuré dépendait cependant du docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel avait repris son suivi psychiatrique.
21. Il ressort d'un échange de courriels entre l'OAI et la SUVA en date du 12 septembre 2016, que l'assuré n'avait pu être joint au sujet des mesures envisagées, de sorte qu'aucune mesure de réadaptation n'avait pu être mise en place ou prévue. Quant au Dr F_____, il n'avait pas répondu aux sollicitations de l'OAI. L'employeur avait quant à lui mis un terme au contrat de travail avec effet au 30 septembre 2016.
22. Dans un document interne du 13 septembre 2016, la SUVA a recensé, en Suisse romande, 86 postes compatibles avec les limitations fonctionnelles de l'assuré. Les salaires minimum, maximum et moyen de ces postes s'élevaient à CHF 45'600.-, CHF 75'745.-, respectivement CHF 57'801.-.

L'assureur a retenu cinq descriptifs de postes de travail (DPT) adaptés à l'assuré : ceux de collaborateur de production (soudure laser), ouvrier en horlogerie (décorateur mouvements), fabricant d'instruments de mesure (montage général-poste de mesure), contrôleur dans l'horlogerie (contrôleur de qualité) et téléphoniste-réceptionniste. En 2016, le revenu moyen tiré de ces cinq activités précitées était de 62'134.60 CHF/an (13^e salaire compris), ce qui correspondait à 5'177.90 CHF/mois sur douze mois.

23. Par décision du 14 septembre 2016, confirmée sur opposition le 26 octobre 2016, la SUVA a considéré que l'assuré était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie. La comparaison entre le revenu moyen résultant d'une telle activité et celui réalisable avant l'accident conduisait à une perte de gain de 25%. Une rente d'invalidité correspondante serait donc octroyée, réduite de 20% conformément à la décision du 13 août 2015.

Les troubles psychogènes n'étant pas en lien de causalité adéquate avec l'accident, la SUVA a estimé ne pas avoir à en répondre.

Enfin, l'atteinte à l'intégrité était évaluée à 40%.

24. Dans un rapport du 22 septembre 2016, le Dr F_____ a fait état d'un syndrome dépressif léger, pour lequel un cadre thérapeutique d'une heure par semaine avec appui psychotrope (antidépresseurs) avait été mis en place. Le médecin a émis l'avis qu'au vu de l'atteinte psychique, de l'handicap physique et des deux années d'éloignement professionnel, l'assuré devait pouvoir suivre une reconversion professionnelle, à raison de 50% au début.

25. Le 25 novembre 2016, l'assuré a interjeté recours contre la décision du 26 octobre 2016 en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement à son audition et à celle de son psychiatre traitant, subsidiairement, à la mise sur pied d'une expertise, principalement, à l'octroi d'une rente de 75% (de 39'847.70 CHF/an au minimum) et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 59'280.-.

Le recourant soutient tout d'abord qu'il existe un lien de causalité adéquate entre ses troubles psychiques et l'accident du 7 juillet 2014 - dont il considère qu'il doit être classé dans la catégorie des accidents graves, compte tenu de la violence objectivement impressionnante de l'accident. Il ajoute que, dans l'hypothèse où l'accident devrait être considéré comme accident de gravité moyenne *stricto sensu*, la perte de sa jambe justifierait l'admission d'un lien de causalité adéquate, vu le traumatisme subi. Il en tire la conclusion que c'est une capacité de travail réduite à 50% qui doit lui être reconnue en tenant compte de ses troubles psychiques.

S'agissant du degré d'invalidité, le recourant reproche à l'intimée de n'avoir pas donné toutes les informations et détails sur les DPT. Il fait remarquer que ce n'est qu'à la consultation de son dossier qu'il a eu connaissance des DPT retenues. Il en tire la conclusion que le revenu avec invalidité devrait être établi en application de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), tout en se référant aux catégories d'emplois retenus par la SUVA (à savoir les activités dans l'horlogerie) et en s'inspirant des salaires résultant du « salarium - calculateur individuel des salaires 2014 ». Un abattement de 25% devrait également être appliqué, ce qui conduirait à un degré d'invalidité de 75%.

Enfin, s'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le recourant souligne qu'il n'a pas été amputé au-dessous du genou mais au-dessus, ce qui implique des difficultés pour se déplacer et justifie selon lui un taux de 50%.

À l'appui de son recours, l'assuré produit un rapport du Dr F_____ du 22 octobre 2016, attestant qu'il le suit depuis le 3 mai 2016 à raison d'une heure par semaine, que le traitement a été interrompu par les vacances et repris le 3 septembre 2016, qu'après la pause estivale, le recourant était plus déprimé (échelles psychométriques pour la dépression élevées), que certains des critères pouvaient présager d'un passage à l'acte suicidaire, que l'intéressé n'était toutefois pas d'accord pour une hospitalisation dans un centre de soins psychiatriques ambulatoires en France voisine, que le traitement pharmacologique avait été réajusté et que la capacité de travail était de 50% au maximum, dans le meilleur des cas.

26. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 22 décembre 2016, a conclu au rejet du recours.

Elle maintient que l'accident doit être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne *stricto sensu*, et argue que les circonstances à prendre en considération ne revêtent pas une intensité suffisante pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis. Elle en tire la conclusion que c'est par conséquent à juste titre qu'elle a évalué le droit aux prestations au regard des seules atteintes somatiques.

L'intimée relève par ailleurs que l'assuré, dans son opposition du 17 octobre 2017, n'a formulé aucune réserve quant à l'application des DPT. Cela étant, elle fait valoir que si l'une des DPT retenues devait être écartée, il y aurait lieu de préférer la DPT produite à l'appui de l'écriture. Dans tous les cas, la fixation du degré d'invalidité devrait être confirmée.

Enfin, s'agissant du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'intimée soutient que le Dr D_____ a pris en considération toutes les limitations fonctionnelles et procédé à une application correcte de la table d'indemnisation.

Quant au gain assuré à prendre en considération, il s'agit de celui en cours à l'époque de l'accident.

27. Dans sa réplique du 8 février 2017, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il maintient que son accident doit être qualifié de grave, subsidiairement d'accident de gravité moyenne à la limite des accidents graves. À cet égard, il souligne qu'il souffre de douleurs neurologiques de type « membre fantôme ».

Il dit ne pas contester le gain assuré et le revenu sans invalidité, mais uniquement le revenu avec invalidité. Il répète que l'intimée ne s'est pas référée aux DPT dans sa décision du 14 septembre 2016 ; ce n'est que dans la décision sur opposition du 26 octobre 2016 que les DPT ont été évoquées. Par ailleurs, les DPT retenues par la SUVA concernent des professions qu'il n'a jamais exercées. Dès lors, il conviendrait de prendre en considération la moyenne des salaires inférieurs et non la moyenne des salaires moyens de chacune.

Quoi qu'il en soit, en retenant les DPT proposées par l'intimée, le degré d'invalidité devrait s'établir à 64% au minimum, ce qui correspond à une rente d'invalidité de CHF 2'892.60 dès le 1^{er} octobre 2016.

28. Dans sa duplique du 4 avril 2017, l'intimée a fait valoir qu'au vu de la nature simple et répétitive des activités décrites dans les DPT, le manque d'expérience du recourant n'a pas d'incidence significative sur les revenus envisageables.

Elle ajoute qu'il n'y a pas lieu à réduction supplémentaire lorsqu'on se réfère à des DPT, celles-ci prenant déjà en considération la situation particulière de l'assuré.

Quant à l'examen du lien de causalité adéquate entre l'accident assuré et les troubles psychiques, elle relève que, puisque seules doivent être prises en considération les suites somatiques de l'accident, les douleurs fantômes ne peuvent être prises en compte.

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

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

2. 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.

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

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur le degré d'invalidité et le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, singulièrement sur l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident assuré et les troubles psychiques du recourant, le calcul du degré d'invalidité, l'applicabilité des DPT et l'appréciation de l'IPAI.

5. Le recourant soutient que les troubles psychiques dont il souffre sont en lien de causalité adéquate avec l'accident assuré, de sorte qu'ils doivent être pris en considération dans l'évaluation de sa capacité de travail et, partant, du degré d'invalidité.
6. a. 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 LPGGA).

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).

b. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

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

c. Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

7. a. L'assuré invalide (art. 8 LPGGA) à 10% au moins par suite d'accident a droit à une rente d'invalidité (art. 18 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 santé de l'assuré et que les éventuelles mesures de

réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

Selon l'art. 8 LPGA auquel l'art. 18 al. 1 LAA renvoie, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

b. Le Tribunal fédéral fait généralement preuve de réserve avant de reconnaître le caractère invalidant d'un trouble de la lignée dépressive. Il a notamment précisé récemment que les troubles légers et moyens de la lignée dépressive, qu'ils soient récurrents ou épisodiques, ne peuvent être considérés comme des atteintes à la santé à caractère invalidant que dans les situations où ils se révèlent résistants aux traitements pratiqués, soit lorsque l'ensemble des thérapies (ambulatoires et stationnaires) médicalement indiquées et réalisées selon les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assuré, ont échoué. Ce n'est que dans cette hypothèse - rare, car il est admis que les dépressions sont en règle générale accessibles à un traitement - qu'il est possible de procéder à une appréciation de l'exigibilité sur une base objectivée, conformément aux exigences normatives fixées à l'art. 7 al. 2, 2^{ème} phrase LPGA (ATF 140 V 193 consid. 3.3 et les références ; voir également arrêts du Tribunal fédéral 9C_146/2015 du 19 janvier 2016 consid. 3.2 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Cette jurisprudence a pour corollaire qu'une évaluation médicale portant sur le caractère invalidant de troubles de la lignée dépressive doit reposer non seulement sur un diagnostic constaté selon les règles de l'art, mais également sur une description précise du processus thérapeutique (y compris le traitement pharmacologique) et sur une évaluation détaillée de l'influence d'éventuels facteurs psychosociaux et socioculturels sur l'évolution et l'appréciation du tableau clinique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 4.2).

8. En l'espèce, la question de la causalité adéquate peut en l'état rester ouverte, dès lors qu'au jour de la décision sur opposition querellée, les troubles psychiques ne constituaient pas des troubles invalidants.

En effet, si, à son retour de vacances, début septembre 2016, le recourant était plus déprimé, avec des résultats élevés sur les échelles psychométriques (voir rapport du Dr F_____ du 22 octobre 2016), trois semaines plus tard, le diagnostic n'était plus que celui de trouble dépressif léger (selon le rapport du Dr F_____ du 22 septembre 2016). Ce trouble, associé aux atteintes physiques et au long éloignement du marché du travail, entraînait une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée, une augmentation du taux d'activité étant toutefois envisageable. Le 22 octobre 2016, la capacité de travail était toujours de 50% au maximum (cf. rapport du Dr F_____ du 22 octobre 2016).

Or, conformément à l'ATF 140 V 193 consid. 3.3 précité, il doit être considéré que le trouble léger, voire moyen, de la lignée dépressive dont souffre le recourant ne

constitue pas une atteinte à la santé à caractère invalidant, dès lors qu'il ne se révèle à l'évidence pas résistant aux traitements pratiqués. Les médecins-psychiatres ayant suivi le recourant ont évoqué une stabilisation, voire même une amélioration et considéré que le pronostic était bon. Bien plus, si le Dr F_____ a évoqué un trouble d'intensité élevée (sans préciser s'il s'agissait d'une intensité moyenne ou sévère) début septembre (rapport du Dr F_____ du 22 octobre 2016), il a évolué vers un trouble dépressif d'intensité légère en moins de trois semaines (rapport du Dr F_____ du 22 septembre 2016) et il n'y a eu aucune péjoration entre le 22 septembre et le 22 octobre 2016.

Partant, les troubles psychiques dont souffre le recourant ne sauraient être considérés comme invalidants au jour de la décision sur opposition querellée. Ils n'entrent dès lors pas en considération dans la détermination du degré d'invalidité, raison pour laquelle la question de l'existence d'un lien de causalité adéquate peut rester ouverte.

9. Le recourant conteste également le degré d'invalidité retenu par l'intimé. Selon lui, les DPT ne sauraient trouver application.

a. 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. 16 LPGa). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 130 V 343 consid. 3.4, 128 V 29 consid. 1, 104 V 135 consid. 2a et 2b).

b/aa. Pour déterminer le revenu sans invalidité avant un accident, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé utiliser pleinement sa capacité de travail. En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Hypothétique, le revenu sans invalidité n'en doit pas moins être évalué de manière aussi concrète que possible. C'est pourquoi le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est né le droit à la rente. Des exceptions ne sauraient être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 222 consid. 4).

b/bb. Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail

particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé.

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75, consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321, consid. 3b/aa), ou de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT). La détermination du revenu d'invalidé sur la base des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié ni admissible (ATF 129 V 472). Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans le cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition (ATF 129 V 472 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 471/04 du 16 juin 2005 consid. 3.3). Cette manière de faire impose donc à l'assureur-accidents de donner tous les informations et les détails sur les DPT dans la décision initiale. Lorsque tel n'a pas été le cas et que le détail du calcul du revenu d'invalidé a été communiqué pour la première fois à l'assuré dans la décision sur opposition, il y a lieu de considérer que la violation du droit d'être entendu a été réparée en procédure cantonale lorsque l'assuré a recouru contre cette décision et a pu faire valoir tous ses arguments en procédure cantonale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_408/2014. du 23 mars 2015 consid. 6.3).

En l'absence de descriptifs de postes de travail recueillis conformément aux exigences jurisprudentielles, il convient pour déterminer le revenu d'invalidé de se fonder sur les salaires qui ressortent des enquêtes statistiques officielles (ESS ; ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). A noter que la table TA1 des ESS publiées jusqu'en 2010 correspond à la table TA1_skill_level des ESS publiées depuis 2012 (voir la lettre circulaire AI n° 328 du 22 octobre 2014). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

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 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son 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 126 V 75 consid. 6 ; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

10. a. En l'espèce, le recourant conteste en premier lieu l'application des DPT. Il se plaint que le détail du calcul ne lui ait pas été communiqué dans la décision initiale.

Ce n'est effectivement qu'au stade de l'opposition que l'intimée a précisé le calcul du degré d'invalidité en se référant aux DPT. Cependant, le recourant a pu prendre connaissance desdites descriptions avant d'interjeter recours auprès de la Cour de céans, par-devant laquelle un double échange d'écritures a eu lieu. Par conséquent, la violation du droit d'être entendu a été réparée, conformément à l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_408/2014 du 23 mars 2015 précité.

Il y a lieu d'examiner si c'est à bon droit que l'intimée s'est fondée sur les DPT.

b. L'intimée a retenu cinq postes dans les cantons de Genève et Vaud : les DPT 3579 (ouvrier en horlogerie), 11576 (collaborateur de production), 8449 (fabricant d'instruments de mesure), 489978 (contrôleur dans l'horlogerie) et 662598 (téléphoniste). Ces DPT ont été établies en fonction des conditions salariales valables en 2016, année de l'ouverture du droit à la rente.

La Chambre de céans constate, au vu des descriptifs, que l'activité de fabricant d'instruments de mesure (DPT 8449) ne respecte pas les limitations fonctionnelles

du recourant : elle implique, selon les réponses données par l'employeur, le port de charges entre 5 et 10 kg et des déplacements plus que ponctuels, pouvant aller jusqu'à 33% du temps de travail, étant rappelé que, dans son appréciation du 5 mars 2015, le Dr D_____ a préconisé l'absence port de charges et la limitation de la marche à quelques déplacements ponctuels.

La DPT 5821 (collaborateur de production) produite en annexe à la réponse de l'intimée ne saurait pas non plus être prise en considération, dès lors qu'elle implique également le port de charges entre 5 et 10 kg.

Il ressort de ce qui précède que les DPT n'ont pas été recueillies conformément aux exigences posées par la jurisprudence, de sorte qu'il convient de s'en écarter et d'appliquer les statistiques résultant de l'ESS.

b/aa. Dans la mesure où la SUVA a mis un terme au versement de l'indemnité journalière avec effet au 30 septembre 2016, il y a lieu de procéder à la comparaison des revenus en 2016.

b/bb. Les parties s'accordent sur un salaire sans invalidité de CHF 83'016.-, dont il n'y a pas lieu de s'écarter.

b/cc. S'agissant du revenu avec invalidité, le recourant, incapable d'exercer son activité habituelle, n'en a pas repris d'autre. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, le revenu d'invalidité doit être évalué sur la base des statistiques figurant dans l'ESS. Toute autre manière d'établir le revenu avec invalidité - notamment au moyen du calculateur « salarium » - doit être écartée comme non conforme à la jurisprudence.

Les statistiques relatives à l'année 2016 n'étant pas encore publiées, il y a lieu de prendre en considération celles relatives à l'année 2014 et de les indexer. Par ailleurs, en raison du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de production et des services, il y a lieu d'admettre qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et donc adaptées aux handicaps fonctionnels du recourant. Il convient dès lors de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1, à la ligne «total secteur privé» et non sur une ligne particulière, ce d'autant moins que le recourant a été actifs dans plusieurs domaines avant d'être chauffeur TPG et que la mesure d'accompagnement ordonnée par l'OAI a montré plusieurs possibilités de réorientation (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa).

Selon les données statistiques, le revenu mensuel en 2014, pour un homme exerçant une activité simple et répétitive (niveau 4) était de CHF 5'312.-, ce qui correspond à un revenu annuel de CHF 63'744.-. Comme les salaires standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 h./sem., soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2014 (41,7 h./sem. en 2014 ; cf. tableau intitulé « La durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique », www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/03/02/blank/data/07.html), ce montant doit être porté à 66'453.- CHF/an. Indexé à l'évolution des salaires entre 2014 et 2016 (+ 0.3% en 2015 et + 0.6% en 2016 ; cf. tableau T39

intitulé « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels », https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/tableaux.asset_detail.2347386.html), cela conduit à un revenu de CHF 67'052.- en 2016.

Vu les limitations fonctionnelles retenues, il se justifie de procéder à une réduction supplémentaire de 10%, ce qui établit le revenu d'invalidité à CHF 60'347.-.

La perte de gain s'élève par conséquent à CHF 22'669.-, ce qui correspond à un taux d'invalidité de 27% ([CHF 83'016.- - CHF 22'669.-]/CHF 83'016.-) et ouvre droit à une rente d'invalidité du même pourcentage.

La décision sur opposition querellée sera en conséquence réformée et ce en tant qu'elle fixe le taux de la rente à 25%.

11. Enfin, le recourant conteste le pourcentage de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, dont il soutient qu'il doit être fixé à 50%.

a. Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1ère phrase) ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2ème phrase). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 (art. 36 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 [OLAA - RS 832.202]).

b. 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).

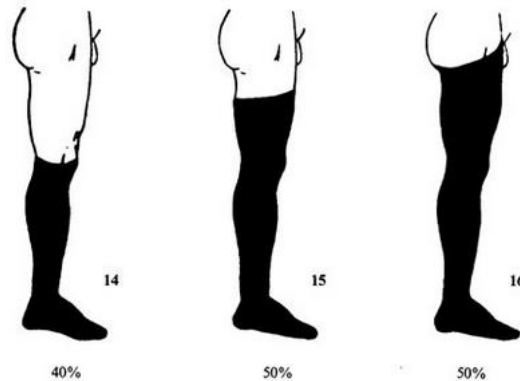
L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3).

Selon le barème des atteintes à l'intégrité figurant à l'annexe 3 OLAA, la perte d'une jambe au niveau du genou correspond à une atteinte à l'intégrité de 40%. Lorsque la jambe est amputée au-dessus du genou, l'atteinte à l'intégrité est de 50%.

c. 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).

A teneur de la table 4, intitulée « Atteinte à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale », le barème en cas de perte d'un ou plusieurs segments des membres inférieurs est le suivant:



12. a. 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). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4 ; ATF 115 V 133, consid. 2). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

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 LPG), 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).

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

Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur 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 (ATF 125 V 251 consid. 3b/ee).

13. a. En l'espèce, l'intimée s'est fondée sur l'appréciation du Dr D_____ du 5 mars 2015 pour retenir une atteinte à l'intégrité de 40%. Ce médecin a considéré que l'amputation avait été effectuée « à travers le genou ». L'appréciation en question ne contient aucune anamnèse et les constatations sont très vagues, le médecin précité se contentant d'indiquer que l'amputation a eu lieu au niveau de l'articulation fémoro-tibiale et qu'il s'agit donc d'une amputation correspondant à la figure n° 14, table IV SUVA.

Cette appréciation doit toutefois être lue en lien avec le rapport d'examen final du 3 mars 2015, dans lequel le Dr D_____ a décrit la situation. Après avoir mentionné la réalisation, en date du 16 juillet 2014, d'une amputation à mi-cuisse selon Gritti, le médecin a noté un moignon d'amputation au niveau du fémur distal. Dans son appréciation, il a fait état d'une amputation au niveau du tiers distal du fémur droit.

Par ailleurs, il ressort du compte-rendu opératoire du 17 juillet 2014 que les médecins des HUG ont procédé à une amputation mi-cuisse selon Gritti, réalisant pour ce faire notamment une « coupe fémorale supracondylienne avec 15° de rétro-pente ». Par la suite, ils ont sectionné à la main la facette postérieure de la rotule et l'ont fixée au fémur.

Ainsi, concrètement, contrairement à la désarticulation du genou, dans l'amputation selon Gritti, le médecin procède à une coupe du fémur, au tiers distal, au-dessus du condyle. Par la suite, pour permettre un meilleur appui, il procède à une arthrodèse fémoro-patellaire. En d'autres termes, il fixe une partie de la rotule au fémur.

Partant, même si, *in fine*, après l'arthrodèse fémoro-patellaire, l'amputation semble avoir été réalisée au niveau du genou, tel n'est pas le cas en réalité. Dans les faits, le fémur a été amputé au-dessus du condyle, soit au-dessus de l'articulation, laquelle a été totalement supprimée. Dès l'instant où l'amputation a été effectuée au-dessus de l'articulation du genou, ne serait-ce que de quelques centimètres, on ne peut plus parler de perte d'une jambe au niveau du genou. Par conséquent, le degré de l'atteinte à l'intégrité doit être fixé à 50%.

Sur ce point, le recourant obtient également gain de cause.

b. L'indemnité de 50% doit être calculée en fonction du montant du gain assuré au jour de l'accident (art. 25 al. 1 LAA, art. 36 al. 3 OLAA et ch. 1 § 1 de l'annexe 3 OLAA). L'accident est survenu en 2014 et à cette date, le montant maximum du gain assuré était de CHF 126'000.- (art. 22 al. 1 OLAA, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2015). L'indemnité due s'élevait à CHF 63'000.-. Après réduction de 20% en raison de la faute grave du recourant, c'est un montant de CHF 50'400.- que l'intimée aurait dû verser.

Tel n'ayant pas été le cas, la décision sur opposition doit être annulée pour ce motif également.

14. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision sur opposition du 23 mars 2016 annulée en tant qu'elle fixe le degré d'invalidité à 25% et le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 50%. Le recourant est mis au bénéfice d'une rente d'invalidité de 27% et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 50%, étant rappelé que les prestations en espèces ont été réduites de 20%, en raison des infractions au code de la route commises par l'assuré.

La cause est renvoyée à l'intimée pour calcul des prestations dues. La décision sur opposition est confirmée pour le surplus.

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 3'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Constate que le degré d'invalidité du recourant est de 27%.
4. Constate que l'atteinte à l'intégrité est de 50%.
5. Renvoie la cause à l'intimée pour calcul des prestations au sens des considérants.
6. Confirme la décision sur opposition pour le surplus.
7. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 3'500.- à titre de dépens.
8. Dit que la procédure est gratuite.
9. 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

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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