

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4166/2024

ATAS/992/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 décembre 2025

Chambre 3

En la cause

A_____

représenté par Me Marlyse CORDONIER, avocate

recourant

contre

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS – SUVA**

représentée par Me Radivoje STAMENKOVIC, avocate

intimée

**Siégeant : Karine STECK, présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, juges
assesseurs**

EN FAIT

A. a. A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1967, est associé gérant de la société B_____ Sàrl (ci-après : la société), qu'il co-dirige avec son frère et au sein de laquelle il travaille en qualité de ferblantier et installateur sanitaire depuis janvier 2018. De ce fait, il était assuré, contre le risque d'accident, auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA).

b. Selon son extrait de compte individuel AVS, l'assuré a réalisé, au service de la société, les revenus suivants : CHF 44'133.- en 2018, CHF 50'527.- en 2019 et CHF 33'268.- en 2020.

B. a. Le 10 juillet 2020, l'assuré a été victime d'un accident de motocycle (chute dans un virage et collision avec un autre motocycliste circulant normalement sur la voie opposée) ayant entraîné une incapacité de travail totale.

Dans le formulaire de déclaration de sinistre LAA rempli le 12 juillet 2020, le salaire indiqué est de CHF 5'000.- par mois pour une activité régulière déployée 40 heures par semaine.

b. La SUVA a versé à l'assuré des indemnités journalières dès le 13 juillet 2020.

c. Selon un rapport du 31 juillet 2020 du docteur C_____, spécialiste en radiologie et neuroradiologie, une échographie des parties molles de la cuisse gauche effectuée le même jour a montré un épanchement intra-articulaire du genou gauche, une lésion partielle subaiguë proximale du ligament latéral interne, une déchirure des fibres internes du vaste externe du quadriceps, sans effet de masse, ni hématome constitué, ainsi qu'un kyste de Baker sans complication.

d. Le 22 octobre 2020, la docteure D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a retenu le diagnostic de déchirure du ligament croisé postérieur (LCP), des ligaments latéral interne (LLI) et postérieur oblique (POL) proximal, ainsi qu'une déchirure du ménisque interne.

e. Le 28 octobre 2020, l'assuré a bénéficié d'une intervention chirurgicale du genou gauche (reconstruction multi-ligamentaire LCP et LLI et réinsertion méniscale).

f. Le 9 décembre 2020, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI).

g. Selon une notice téléphonique du 16 mars 2021, l'assuré a fait état à la SUVA d'une meilleure stabilisation de son genou gauche, mais d'un état musculaire inchangé depuis quelques mois. Il n'arrivait toujours pas à porter des charges, à s'accroupir ou à monter et descendre les escaliers.

h. Dans un rapport d'avril 2021 [NDR : la date exacte n'est pas lisible], le docteur E_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a indiqué que l'évolution était très lente et le pronostic réservé.

i. Le 13 avril 2021, le docteur F_____, spécialiste en neurologie, a indiqué que l'examen neurologique était normal. Il a en revanche noté une atrophie très modérée du quadriceps gauche. L'électroneuromyogramme (ENMG) du membre inférieur gauche était normal, en particulier celui du nerf crural, avec une réponse motrice d'amplitude normale par stimulation du nerf fémoral au pli inguinal. L'ENMG du muscle quadriceps était normal, autant du vaste interne, que du vaste externe. Il n'y avait donc pas d'élément en faveur d'une lésion nerveuse périphérique.

j. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 25 août au 12 octobre 2021.

Le docteur G_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et chirurgie orthopédique, a retenu, sur le plan orthopédique, les diagnostics d'arthrose fémoro-tibiale interne gauche débutante et d'arthrose fémoro-patellaire bilatérale débutante, ainsi que des calcifications tendineuses dans l'insertion rotulienne du tendon du quadriceps des deux côtés (ddc). Aucune psychopathologie n'a été retenue.

Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient qu'en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour, des facteurs contextuels pouvant influencer négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par l'assuré (kinésiophobie de légère à modérée et catastrophisme modéré chez un assuré ayant des traits anxieux).

Le spécialiste préconisait la poursuite de la physiothérapie. Les limitations fonctionnelles provisoirement retenues étaient : la marche prolongée en terrain irrégulier, le travail en position accroupie ou à genoux répétée ou prolongée, la prise répétée d'escaliers, le travail sur les toits et le port de charges supérieures à 15-20 kg. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical, la poursuite d'un traitement de physiothérapie pouvant permettre d'améliorer les capacités fonctionnelles. Une stabilisation médicale était attendue dans un délai de deux à trois mois. Aucune nouvelle intervention n'était proposée.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de ferblantier-sanitaire était défavorable. Une évaluation par un inspecteur de la SUVA, directement sur le lieu de travail, pourrait permettre d'organiser une reprise progressive, adaptée en fonction des capacités fonctionnelles, qui étaient loin d'être négligeables. En revanche, le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était favorable.

k. Il ressort d'un rapport d'entretien du 4 novembre 2021, entre un collaborateur de la SUVA et l'assuré, sur le lieu de travail habituel de ce dernier, que les limitations fonctionnelles identifiées par le médecin de la CRR correspondaient à

l'activité quotidienne déployée sur les chantiers et que la structure de la société ne permettait pas de trouver un poste adapté.

l. Le 29 décembre 2021, le Dr E_____ a indiqué que l'évolution était lente et le pronostic réservé. L'assuré était en incapacité de travail totale et il était trop tôt pour se prononcer sur une reprise du travail.

m. Dans un rapport du 27 janvier 2022, le docteur H_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a indiqué qu'une imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire du 1^{er} décembre 2021 montrait des discopathies dégénératives étagées, surtout entre les segments L3 à S1, la discopathie étant plus avancée au niveau L5-S1. L'assuré présentait des lombalgies basses dans le contexte de troubles dégénératifs de la colonne vertébrale lombaire, qui avaient certainement été décompensées par la boiterie du membre inférieur gauche, avec un déconditionnement musculaire global.

n. Le 4 mai 2022, le docteur I_____, spécialiste en radiologie, a relaté qu'une IRM du genou gauche du 1^{er} décembre 2021 montrait une péjoration des remaniements du résidu de la corne postérieure du ménisque, une péjoration des lésions chondrales fémoro-patellaires de grade III au versant latéral de la trochlée, une majoration de l'épanchement et de la synovite, et l'absence de complication au niveau des plasties du LCP et du ligament collatéral médial (LCM).

o. Dans un rapport du 8 mai 2022, le Dr E_____ a fait état d'une décompensation de douleurs lombaires basses sur discopathies en L5-S1. L'évolution restait très difficile, les douleurs du genou et l'instabilité de celui-ci étaient de plus en plus invalidantes et les douleurs lombaires péjoraient encore le tableau. Le pronostic était qualifié de « réservé à mauvais ».

p. Le 2 juin 2022, l'assuré a bénéficié d'une intervention chirurgicale (arthroscopie diagnostique du genou gauche, arthrolyse et résection de fibrose chondroplastie et microfractures de la trochlée fémorale ; cf. lettre de sortie du 14 juin 2022 de la Dre D_____).

q. Le 15 décembre 2022, le docteur J_____, médecin-conseil de la SUVA et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a constaté que la situation médicale, six mois après la dernière intervention, n'était pas stabilisée et qu'elle était susceptible de s'améliorer avec la poursuite du traitement de rééducation. L'incapacité de travail totale était justifiée. Une nouvelle évaluation était à prévoir dans un délai de six mois.

r. Dans un rapport du 25 avril 2023, le Professeur K_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation pour les pathologies de l'appareil locomoteur et les pathologies neurologiques, a indiqué que l'assuré présentait, près de trois ans après l'accident, un déficit du quadriceps gauche difficile à caractériser. L'examen clinique retrouvait un léger déficit de la force du quadriceps gauche, possiblement lié à des douleurs lors des tests, mais l'examen n'était pas caricatural et on retrouvait clairement des manifestations sensibles avec

hypoesthésies et sensation d'étai compatibles avec des douleurs neuropathiques. Il proposait une nouvelle évaluation neurologique, à la recherche d'une atteinte périphérique qui pourrait participer à la symptomatologie.

s. Le 6 septembre 2023, le Dr J_____ a considéré que la situation médicale était désormais stabilisée. Le traitement de rééducation entrepris devrait être poursuivi jusqu'à fin 2023, puis devrait être réévalué en fonction de son efficacité. Ce traitement ne permettrait toutefois pas une récupération des capacités fonctionnelles permettant la reprise de l'activité habituelle de ferblantier et installateur sanitaire, cette activité n'étant plus exigible de manière définitive. Les limitations fonctionnelles définitives étaient les suivantes : éviter le port de charges supérieures à 10 kg, la marche prolongée sur terrain plat, la station debout prolongée, la marche sur terrain irrégulier, les positions accroupie ou agenouillée, ainsi que les montées et descentes répétitives d'escaliers, échelle ou escabeau. Dans une activité adaptée à ces limitations, la capacité de travail était entière, sans diminution de rendement.

t. Le 12 septembre 2023, la SUVA a mis un terme à la prise en charge des soins médicaux et au versement de l'indemnité journalière avec effet au 31 octobre 2023. Le traitement de rééducation était en revanche poursuivi et pris en charge jusqu'à fin 2023.

u. Le 29 novembre 2023, le docteur L_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a évalué l'atteinte à l'intégrité à 5%, au motif qu'il existait, sur le plan morphologique, un pincement fémoro-tibial interne bilatéral. Il paraissait toutefois plus important, bien que modéré, à gauche et il n'y avait pas d'instabilité rapportée. L'arthrose fémoro-patellaire n'était pas en rapport avec l'événement. Il s'agissait d'une arthrose fémoro-tibiale préalable majorée qui était comprise, pour une arthrose moyenne, entre 5% et 15%. Pour cette arthrose fémoro-tibiale moyenne à 10%, les facteurs constitutionnels bilatéraux constituaient pour au moins la moitié de l'origine, de sorte que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) était ramenée à 5%.

v. Par décision du 4 décembre 2023, notifiée le 15 décembre 2023, la SUVA a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, faute de perte de gain imputable à l'accident, mais lui a alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 5%, correspondant à un montant de CHF 7'410.-.

w. L'assuré s'est opposé à cette décision le 30 janvier 2024. Il a conclu à ce que son revenu d'invalidé soit fixé à CHF 47'084.-, à l'octroi d'une rente transitoire pour un degré d'invalidité de 22% et au réexamen du taux d'atteinte à l'intégrité, tenant compte de l'arthrose fémoro-patellaire et de l'atteinte au quadriceps. À l'appui de son opposition, il a produit les rapports du Dr E_____ datés des 23 janvier 2024, 21 février 2024 et 5 mars 2024.

x. Le 29 juillet 2024, le Dr J_____ a relevé que l'atrophie musculaire relevée par le Dr E_____ n'entraînait pas de diminution de rendement dans une activité

adaptée, contrairement aux douleurs persistantes, surtout nocturnes, qui entraînaient une altération de la qualité du sommeil.

En considérant une activité s'exerçant 8 heures par jour, des temps de repos aménagés pendant une heure à une heure et demie au maximum, soit 15 à 20 minutes toutes les deux heures, la diminution de rendement était de 12.5% à 16.25%. Le taux de 30% évoqué par le Dr E_____ semblait donc exagéré, dès lors que l'activité de l'assuré s'effectuerait principalement en position assise, sans trop solliciter son genou, et que les temps de repos aménagés lui permettraient de déambuler pour se soulager.

Il était admis que la position assise prolongée pouvait majorer les douleurs et le syndrome fémoro-patellaire.

Enfin, le taux de l'IPAI de 5% initialement retenu sous-estimait l'atteinte à l'intégrité. En prenant en compte l'arthrose fémoro-patellaire et la laxité du LCP résiduelle, le taux d'IPAI devait être fixé à 22.5%, soit 5% pour l'arthrose fémoro-tibiale interne, 7.5% pour l'arthrose fémoro-patellaire et 10% pour la laxité postérieure résiduelle.

y. Par décision datée du 20 août 2024, notifiée à l'assuré le 14 novembre 2024, la SUVA a admis partiellement l'opposition, en ce sens qu'elle a augmenté le taux de l'IPAI à 22.5% au lieu de 5%. L'opposition était rejetée pour le surplus.

L'octroi d'une rente transitoire n'entraîne pas en ligne de compte, dès lors qu'au vu de l'âge de l'assuré, on pouvait dès le départ supposer que l'assurance-invalidité n'allait pas lui accorder de reclassement professionnel, seule mesure de réadaptation réellement susceptible d'améliorer sa capacité de gain. Par ailleurs, il ressortait de l'évaluation du service de réadaptation du 5 novembre 2024 que des mesures n'étaient pas adéquates, compte tenu de la situation de l'assuré.

C. a. Le 16 décembre 2024, l'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès de la Cour de céans.

Le recourant conclut, sous suite de dépens, principalement, à l'octroi d'une rente transitoire d'invalidité de 32%, respectivement de 19%, respectivement encore de 22%, à compter du 1^{er} novembre 2023 et, subsidiairement, à l'octroi d'une rente d'invalidité de 32%, respectivement 19%, respectivement encore 22%, à compter du 1^{er} novembre 2023.

Le recourant soutient que le service de réadaptation de l'assurance-invalidité a certes rendu un préavis négatif, mais sans toutefois rendre de décision. Si l'assurance-invalidité devait rendre une décision lui refusant les mesures professionnelles, il s'y opposerait.

Il conteste que son âge soit un obstacle à un reclassement professionnel et argue que l'intimée ne saurait se substituer à l'assurance-invalidité dans l'examen des conditions nécessaires aux mesures de réadaptation. La mise en œuvre de celles-ci permettrait en outre de répondre avec exactitude à la question de la diminution du

rendement qui divise le Dr E_____ et le Dr J_____, ainsi que de chiffrer précisément le revenu d'invalidé.

Le recourant fait en outre valoir, s'agissant de la détermination du revenu sans invalidité, qu'il convient de le comparer avec celui de la branche économique dans laquelle a travaillé la personne assurée avec la survenance de l'atteinte à la santé et non pas avec le salaire statistique correspondant au salaire brut dans le secteur privé réalisé par les hommes ou les femmes toutes branches économiques confondues, soit, dans son cas, celui réalisé par les hommes dans le domaine de la métallurgie et la fabrication de produits métalliques, niveau de compétence 2, à savoir CHF 6'017.- par mois en 2022. En tenant compte de l'horaire usuel de 41.7 heures de travail en 2023 et de l'évolution des salaires nominaux de 2022 à 2023, cela conduit à un revenu de CHF 6'272.-, qui dépasse de plus 5% le salaire avant invalidité retenu en fonction des déclarations du dernier employeur (CHF 60'000.- annuels), la différence étant de 21.6% (CHF 76'543.- - CHF 60'000.- = CHF 16'543.- x 100 / CHF 76'543.- = 21.6%). Dès lors que le recourant venait de créer la société B_____ Sàrl et que le chiffre d'affaires de celle-ci progressait chaque année, il faut considérer, au degré de la vraisemblance prépondérante, que c'était pour des raisons étrangères à l'invalidité qu'il réalisait un revenu inférieur à la moyenne et qu'il ne s'en contentait pas délibérément.

Selon le recourant, il convient de paralléliser les revenus à comparer jusqu'à concurrence de la part qui excède le taux minimal déterminant de 5%, de sorte que la correction à apporter est de 16.6%. Après majoration, le revenu sans invalidité s'élève donc à CHF 69'960.- (CHF 60'000.- + [16.6% x CHF 60'000.-]) = CHF 69'960.-).

Concernant la diminution de rendement, l'appréciation du Dr J_____ sous-évalue la situation dès lors qu'il ne retient pas l'atrophie musculaire comme cause de diminution de rendement, mais calcule la perte de rendement sur la seule base des pauses devant être effectuées pour éviter la position assise prolongée, ce qui correspond à une diminution de rendement entre 12.5% et 16.25%. En revanche, il se justifie de suivre l'avis du Dr E_____ qui retient une diminution de rendement de 30% au moins en raison de la douleur permanente autour du genou qui le perturbe sérieusement, y compris durant la nuit (réveils réguliers), ce qui entraîne une fatigue importante qui nuit au rendement dans une activité adaptée. L'atrophie musculaire s'ajoute à ce tableau global de fatigabilité locale neuromusculaire et réduit aussi le rendement. À cela s'ajoutent aussi les pauses régulières, dès lors que la position assise ne peut être gardée de façon prolongée. En retenant une diminution de rendement de 30%, le salaire d'invalidé doit être fixé à CHF 47'245.- (CHF 69'960.- x 70%), ce qui conduit à un taux d'invalidité de 32.47%, après comparaison avec le revenu sans invalidité de CHF 69'960.-.

Si le revenu d'invalidé devait être fixé à CHF 56'357.30, il en résulterait un taux d'invalidité de 19.45%.

Enfin, si le parallélisme des revenus n'avait pas lieu d'être, mais qu'une réduction de 30% était opérée sur le revenu d'invalidé, la comparaison entre le revenu sans invalidité de CHF 60'000.- et le revenu d'invalidé de CHF 47'245.- conduirait à un taux d'invalidité de 21.8%.

b. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 14 février 2025, a conclu au rejet du recours, dans la mesure de sa recevabilité.

L'intimée soutient que l'octroi d'une rente transitoire est exclu, dès lors qu'au moment du prononcé de la décision litigieuse, aucune mesure de réadaptation professionnelle de l'assurance-invalidité n'était en cours, ni même envisagée, l'OAI ayant rendu, en date du 5 novembre 2024, un préavis négatif à cet égard.

L'intimée s'oppose par ailleurs à une mise en parallèle des revenus, au motif que ceux réalisés par le recourant n'apparaissent pas nettement inférieurs aux salaires usuels dans sa branche d'activité et que rien n'indique que l'intéressé s'est contenté du revenu déclaré par la société.

L'intimée fait valoir que, selon le Dr J_____, une diminution de rendement de 30% serait exagérée, compte tenu du fait que l'activité exercée l'est en position assise, sans trop solliciter le genou et permet de plus facilement aménager des plages de repos, afin de soulager d'éventuelles douleurs. En retenant une diminution de rendement se situant entre 12.5% et 16.25%, le médecin d'assurance a tenu compte de la nécessité d'effectuer des pauses toutes les deux heures.

Par ailleurs, le calcul de l'invalidité est favorable au recourant, dès lors qu'un abattement de 16.25% a été finalement appliqué au gain de valide.

c. Dans sa réplique du 27 mars 2025, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il explique que la procédure menée auprès de l'OAI pour d'éventuelles mesures de réadaptation est toujours en cours.

Un projet de décision du 29 janvier 2025, lui reconnaissant le droit à une rente d'invalidité pour une période limitée et lui refusant des mesures professionnelles, a été contesté le 3 mars 2025 et l'OAI l'a informé qu'il allait procéder à un nouvel examen du dossier.

Se fondant sur un rapport du 16 décembre 2024 du docteur M_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, le recourant argue que même un emploi majoritairement sédentaire pose problème, en raison de l'arthropathie fémoro-patellaire qui provoque des douleurs lors d'une position assise prolongée. Cette limitation fonctionnelle se traduit par une réduction estimée à 30% de la productivité, liée à l'impossibilité de maintenir une posture assise prolongée sans gêne ou douleur significative.

d. Dans sa duplique du 28 avril 2025, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

e. Les autres faits seront repris – en tant que de besoin – dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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).

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

1.2 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. La procédure devant la Cour de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10).

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

En l'espèce, conformément au suivi des envois de la Poste, la décision litigieuse, datée du 20 août 2024, a été déposée au bureau de poste le 14 novembre 2024 et notifiée le 15 novembre 2024, si bien que le délai de recours est arrivé à échéance le 16 décembre 2024.

Respectant la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai prévus par la loi, le recours a été interjeté en temps utile.

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

3. À titre liminaire, il convient de circonscrire l'objet du litige.

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

3.2 En l'espèce, dans sa décision sur opposition du 14 novembre 2024, qui circonscrit l'objet de la contestation, l'intimée a refusé d'octroyer une rente d'invalidité au recourant, mais lui a en revanche alloué une IPAI de 22.5%.

Dans son recours, le recourant ne conteste plus l'IPAI ainsi allouée, mais conclut, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité transitoire, subsidiairement, d'une rente d'invalidité ordinaire.

3.3 Le litige porte donc sur le degré d'invalidité du recourant, respectivement sur son droit à une rente d'invalidité transitoire et à une rente d'invalidité ordinaire.

4.

4.1 Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées 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 ; ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 et les références).

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 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et la référence ; 129 V 402 consid. 2.2 et les références).

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

4.2 Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (art. 18 al. 1 LAA). 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).

4.2.1 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.

4.2.2 Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). L'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical, ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures – comme une cure thermale – ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_642/2023 du 20 mars 2024 consid. 3.1.1 et la référence). Il faut en principe que l'état de santé de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C_591/2022 du 14 juillet 2023 consid. 3.2 et la référence).

Dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, il appartient à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 144 V 354 consid. 4.1 ; 143 V 148 consid. 3.1.1 ; 134 V 109 consid. 4.1 et les références).

4.2.3 Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur la naissance du droit aux rentes lorsque l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, mais que la décision de l'assurance-invalidité quant à la réadaptation professionnelle intervient plus tard (art. 19 al. 3 LAA).

En se fondant sur cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a adopté l'art. 30 OLAA qui, sous le titre « Rente transitoire », prévoit à son alinéa premier que lorsque l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, mais que la décision de l'assurance-invalidité concernant la réadaptation professionnelle n'interviendra que

plus tard, une rente sera provisoirement allouée dès la fin du traitement médical ; cette rente est calculée sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment-là. Le droit s'éteint dès la naissance du droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité (let. a), avec la décision négative de l'assurance-invalidité concernant la réadaptation professionnelle (let. b) ou avec la fixation de la rente définitive (let. c).

L'octroi d'une rente provisoire suppose notamment qu'un droit à des mesures de réadaptation professionnelle de l'AI soit sérieusement envisagé. Tel est le cas lorsque, au moment où l'assureur-accidents rend sa décision sur opposition, l'AI n'a pas encore statué de manière définitive sur des mesures de réadaptation professionnelle qui sont en cours d'examen (arrêts du Tribunal fédéral 8C_90/2024 du 5 août 2024 consid. 4.1.1 et la référence citée ; 8C_347/2014 du 15 octobre 2014 consid. 3.2). Par ailleurs, la décision de l'AI à venir doit porter sur des mesures qui sont de nature à influencer le taux d'invalidité déterminant pour la rente de l'assurance-accidents (arrêt du Tribunal fédéral 8C_90/2024 du 5 août 2024 consid. 4.1.1 et la référence citée ; 8C_424/2023 du 21 février 2024 consid. 5.2 ; 8C_374/2021 du 13 août 2021 consid. 4.3.1 et les références).

L'allocation d'une rente transitoire au sens de l'art. 30 OLAA a pour but d'indemniser l'assuré de sa perte de gain avant l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle de l'assurance-invalidité, qui pourraient modifier le degré d'invalidité fondant la rente de l'assurance-accidents. Elle n'entre en considération que si les mesures de réadaptation sont en lien avec une atteinte à la santé d'origine accidentelle. La rente transitoire est fixée, comme la rente ordinaire ou "définitive", en fonction d'une comparaison de revenus. Toutefois, comme l'évaluation intervient avant l'exécution de mesures de réadaptation, seule entre en considération, à ce stade, l'activité qui peut être raisonnablement exigée de la part d'un assuré n'ayant pas encore bénéficié d'une telle mesure, compte tenu d'un marché du travail équilibré. Pour le surplus, la méthode d'évaluation de l'invalidité est identique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_85/2023 du 16 septembre 2024 consid. 4.3.1).

4.2.4 Dans l'hypothèse de l'art. 30 OLAA, la rente provisoirement allouée dès la fin du traitement médical est calculée sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment-là. La rente provisoire doit aussi être fixée d'après la méthode de comparaison des revenus. Comme l'évaluation intervient dans ce cas avant l'exécution éventuelle de mesures de réadaptation, seule entre en considération, à cette date, l'activité qui peut raisonnablement être exigée de la part d'un assuré non encore réadapté, compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (ATF 139 V 514 consid. 2.3 ; 116 V 246 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_99/2023 du 7 août 2023 consid. 4.2).

4.2.5 Selon la jurisprudence, une rente transitoire est allouée pendant toute la durée de la procédure menant à la décision de l'AI ; elle concerne la durée totale de cette procédure, y compris lorsqu'il y a recours dès lors que l'obligation de

l'assureur-accidents d'allouer ses prestations dépend de la décision de l'assurance-invalidité portant sur le droit de l'assuré aux mesures de réadaptation d'ordre professionnel (arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 27 mars 2006 U 434/04 consid. 2).

5.

5.1 La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

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

5.2.1 Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice

concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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 ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_691/2021 du 24 février 2022 consid. 3.4).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes mêmes faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.6).

Selon une jurisprudence constante, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la CNA sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_626/2021 du 19 janvier 2022 consid. 4.3.1 et les références).

5.2.2 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c

et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

6. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6. 1 et la référence).
7. En l'espèce, l'intimée s'est fondée sur les rapports des 6 septembre 2023 et 29 juillet 2024 du Dr J_____, médecin d'arrondissement, pour mettre un terme au paiement des soins médicaux et au versement de l'indemnité journalière avec effet au 31 octobre 2023.

7.1 Dans le cadre de son appréciation, le Dr J_____ a pris en compte les plaintes du recourant, a examiné ce dernier et étudié les pièces médicales figurant au dossier, y compris les rapports d'imagerie du bassin, des membres inférieurs, des genoux et des cuisses. Il a conclu que l'intéressé souffrait de lésions du ligament croisé postérieur, du ligament collatéral interne, d'une déchirure complète du ménisque interne au genou gauche, d'un status après toilette méniscale interne, de lésions chondrales de la trochlée fémorale grade III à IV, d'une arthrofibrose du genou gauche et d'un status après arthroscopie du genou gauche pour arthrolyse, résection de fibrose et chondroplastie avec micro-fracture de la trochlée fémorale et que le cas était stabilisé sur le plan médical. Le médecin d'arrondissement a aussi retenu que le recourant était inapte à exercer son activité habituelle de ferblantier couvreur et installateur sanitaire, mais qu'il pouvait tout de même exercer, à plein temps, une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir : un port de charges supérieures à 10 kg, la marche prolongée sur terrain plat, la station debout prolongée, la marche sur terrain irrégulier, les positions accroupies ou à genoux, les montées et les descentes répétitives des escaliers, d'échelles ou d'escabeaux ainsi que la position assise prolongée.

Dans son rapport du 23 janvier 2024, le Dr E_____ est d'avis qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles peut être exercée avec une diminution de rendement de 30%, au vu de la douleur persistante autour du genou qui perturbe sérieusement le recourant, en particulier durant son sommeil (mauvaises nuits avec des réveils réguliers) et qui entraîne une fatigue importante, de nature à nuire

à son rendement. Selon ce spécialiste, il faut en outre tenir compte de l'importante atrophie musculaire du membre inférieur gauche qui retentit « sur le tableau global avec cette fatigabilité locale neuro-musculaire qui [réduit] aussi le rendement » (cf. rapport du Dr E_____ du 23 janvier 2024 ; pièce n°24 – recourant).

Dans le cadre de la présente procédure, le recourant a en outre produit un rapport du Dr M_____ du 16 décembre 2024, attestant que persiste un déficit fonctionnel du quadriceps, confirmé par des tests isocinétiques. Cette insuffisance résulte à la fois du traumatisme musculaire initial et d'une incapacité du nerf fémoral à délivrer un signal compensatoire suffisamment puissant. Selon ce spécialiste, lors d'une entorse du ligament croisé postérieur associée à une faiblesse du quadriceps, il est fréquemment constaté une usure prématurée (arthropathie fémoro-patellaire) et, dans ce contexte, le fait de ressentir des douleurs au cours d'une station assise prolongée est une conséquence prévisible. S'agissant de l'impact de cette atteinte sur la capacité de travail, le Dr M_____ est d'avis que l'activité habituelle de ferblantier-couvreur, qui nécessite de longues stations debout et des efforts physiques importants, n'est plus adaptée. Dans une activité adaptée, même un emploi majoritairement sédentaire pose problème, en raison de l'arthropathie fémoro-patellaire qui provoque des douleurs en cas de position assise prolongée. Cette limitation fonctionnelle se traduit par une réduction de la productivité estimée à 30%, liée à l'impossibilité de maintenir une position assise prolongée sans gêne ou douleur significative (cf. rapport du Dr M_____ du 16 décembre 2024 ; pièce n° 32 – recourant).

Les deux appréciations médicales susvisées, qui retiennent une diminution de rendement de 30%, sont en contradiction avec celle du Dr J_____, qui a admis, dans son rapport du 29 juillet 2024, que l'activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant pouvait être effectuée par ce dernier moyennant une diminution de rendement de 16.25% en raison des douleurs persistantes, en particulier les douleurs nocturnes qui entraînent une altération de la qualité du sommeil. Ce médecin a toutefois exclu toute diminution de rendement en lien avec l'atrophie musculaire, prise en compte par les Drs E_____ et M_____ (cf. ci-dessus). Selon le Dr J_____, une diminution de rendement de 30% semble exagérée, considérant que l'activité adaptée s'exercerait principalement assise, sans trop solliciter le genou et que les plages de repos permettraient de déambuler pour se soulager (cf. rapport du Dr J_____ du 29 juillet 2024 ; dossier intimée, p. 355).

Force est ainsi de constater que l'on se trouve en présence d'appréciations médicales probantes sensiblement différentes émanant, d'une part, de deux médecins du recourant et, d'autre part, du médecin-conseil de l'intimée.

Conformément à la jurisprudence fédérale, dès lors que la décision querellée s'appuie exclusivement sur l'appréciation du médecin de l'assurance (Dr J_____) et que les appréciations des Drs E_____ et M_____ laissent

subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la présente cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis (*cf.* ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.6). L'intimée n'ayant pas suffisamment instruit la question de la diminution de rendement dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant, il se justifie de lui renvoyer la cause, afin qu'elle mette en œuvre une expertise orthopédique par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa.

8.

8.1 Ce qui précède rend, à ce stade, sans objet les griefs du recourant concernant la détermination du revenu d'invalidé, et donc aussi celui de l'octroi d'une rente d'invalidité transitoire, dès lors qu'une telle rente est fixée, comme la rente ordinaire, en fonction de la méthode de comparaison des revenus (*cf.* FRÉSARD Jean-Maurice, Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accident obligatoire, *in* Sécurité sociale, éd. par Ulrich MEYER, 3^{ème} éd., 2016, vol. XIV, p. 985, n. 261).

8.2

8.2.1 Au surplus, s'agissant du principe de l'octroi d'une rente transitoire au sens des art. 19 al. 3 LAA et 30 OLAA, la Cour de céans relève ce qui suit.

En l'occurrence, les parties admettent que l'état de santé du recourant est stabilisé depuis septembre 2023 et l'intimée a cessé de verser des indemnités journalières postérieurement au 31 octobre 2023. Lorsque l'intimée rend la décision sur opposition litigieuse le 14 novembre 2024, l'OAI ne s'est pas encore prononcé sur la réadaptation professionnelle du recourant. Il ressort en effet du dossier produit par l'intimée que l'OAI lui a adressé, le 5 novembre 2024, la copie d'un document intitulé « mandat de réadaptation », à teneur duquel cet office estime que « des mesures ne sont pas adéquates dans ce cas, compte tenu de la situation de notre assuré : son rôle *a priori* encore actif au sein de son entreprise dans le domaine administratif et les limitations fonctionnelles qui ne sont pas incompatibles avec un emploi sédentaire et dans l'administratif simple. Nous estimons notre assuré assez qualifié pour occuper un poste dans l'administratif simple. De plus, compte tenu de sa problématique d'alcool avec utilisation continue, nous estimons qu'il n'est subjectivement pas réadaptable par le biais de mesures de réadaptation » (*cf.* dossier de l'intimée, pièce n° 358). Le 29 janvier 2025, l'OAI a adressé au recourant un projet de décision dont il ressort qu'il envisageait de lui reconnaître le droit à une rente d'invalidité limitée dans le temps, du 1^{er} juillet 2021 au 31 décembre 2023 et de lui refuser des mesures professionnelles (*cf.* décision de l'OAI du 29 janvier 2025 ; pièce n°29 – recourant). Il ressort toutefois du mémoire d'opposition à cette décision du 3 mars 2025, produit par le recourant dans le cadre de la présente procédure, que l'intéressé a, entre autres, contesté la valeur probante de l'expertise de la docteure N_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le diagnostic de dépendance à l'alcool (en s'appuyant sur un

rapport du 27 février 2025 du docteur O_____, spécialiste en addictologie, contestant le diagnostic d'alcoolodépendance retenu par l'experte N_____), ainsi que la compatibilité d'une activité sédentaire et dans l'administratif simple avec ses limitations fonctionnelles. À noter que le recourant a en outre conclu « à la mise sur pied de mesures professionnelles, notamment un stage d'évaluation COPAI, puis nouvelle détermination suite aux conclusions de ce stage et nouveau calcul du revenu d'invalidé » (cf. mémoire d'opposition du 3 mars 2025, p. 2, 7 et 8 ; pièce n°30 – recourant). L'opposition du recourant a d'ailleurs incité l'OAI à procéder à un nouvel examen du dossier et à l'éventuelle mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires (cf. courrier de l'OAI du 4 mars 2025 : pièce n°31 – recourant).

Au vu de ces éléments, il apparaît qu'au moment où l'intimée a rendu la décision querellée, soit le 14 novembre 2024, l'OAI n'avait pas encore statué de manière définitive sur des mesures de réadaptation professionnelles et que celles-ci étaient toujours en cours d'examen, étant au surplus relevé que la décision de l'OAI à venir portera, au degré de la vraisemblance prépondérante, sur des mesures étant de nature à influencer le taux d'invalidité déterminant pour l'octroi d'une éventuelle rente par l'intimée (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_90/2024 du 5 août 2024 consid. 4.1.1 et la référence citée ; 8C_424/2023 du 21 février 2024 consid. 5.2 ; 8C_374/2021 du 13 août 2021 consid. 4.3.1 et les références).

Il conviendra donc que l'intimée se prononce sur le droit à une rente d'invalidité transitoire en faveur du recourant dès novembre 2023, après avoir mis en œuvre l'expertise administrative requise (cf. ci-dessus) et en fonction des conclusions de celle-ci.

9. La Cour de céans rappelle qu'à teneur de la décision litigieuse, l'intimée a reconnu au recourant le droit à une IPAI de 22.5%. Le recourant n'ayant pas contesté ce taux, ni pris de conclusion à cet égard, la décision litigieuse doit être confirmée sur ce point.

En conclusion, le recours est partiellement admis, la décision sur opposition litigieuse confirmée en ce qui concerne l'IPAI, annulée pour le surplus et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision, au sens des considérants, concernant le droit éventuel de l'assuré à une rente.

10. Le recourant obtenant partiellement gain de cause et étant assisté d'un avocat, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses dépens (art. 61 let. g LPA ; 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, en l'absence de loi spéciale prévoyant des frais judiciaires, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA en lien avec l'art. 1 al. 1 LAA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Confirme la décision du 20 août 2024, en tant qu'elle reconnaît au recourant le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité fixée au taux de 22.5%.
4. L'annule pour le surplus.
5. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision concernant le droit éventuel à une rente.
6. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
7. Dit que la procédure est gratuite.
8. 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

Diana ZIERI

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