RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/69/2020** **ATAS/449/2021**

# COUR DE JUSTICE

## Chambre des assurances sociales

# Arrêt du 12 mai 2021

**5ème Chambre**

En la cause

| | |
|---|---|
| Monsieur A_____, domicilié _____, à VERSOIX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jérôme BÜRGISSER | recourant |

contre

| | |
|---|---|
| SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, Division juridique, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE | intimée |

**Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

## EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1960, a travaillé, en dernier lieu, en qualité de responsable du parc d'occasions B_____, au sein de l'entreprise C_____SA du 1er janvier 2009 au 30 juin 2014, date de son licenciement.

2. Le 27 mai 2016, l'assuré, au bénéfice de l'assurance-chômage, a chuté alors qu'il circulait en scooter, ce qui lui a occasionné une fracture du plateau tibial gauche de type Schatzker V, traitée par fixateur externe le lendemain et ostéosynthèse le 8 juin 2016.

3. L'assuré a été mis en arrêt de travail total.

4. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la SUVA ou l'intimée), auprès de laquelle il était assuré, a pris en charge le cas.

5. Le 4 novembre 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI).

6. Dans un rapport du 21 mars 2017, le docteur D_____, médecin praticien FMH, a fait état d'une persistance de douleurs et d'une boiterie. Le traitement consistait en des séances de physiothérapie et la prise d'anti-inflammatoires (AINS). Il fallait s'attendre à une limitation du périmètre de marche.

7. Le scanner du genou gauche du 6 avril 2017 a mis en évidence un status post-ostéosynthèse par triple plaque vissée au niveau de fracture des plateaux tibiaux, sans trait fracturaire résiduel, une bonne congruence des différentes surfaces articulaires, ainsi qu'une ostéopénie diffuse.

8. Dans un rapport du 24 juin 2017, la doctoresse E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué que la mobilité du genou était de 115° en flexion et l'extension complète, sans laxité. Il existait une amyotrophie importante de la cuisse gauche et un risque d'arthrose post-traumatique.

9. Le 25 août 2017, l'assuré a été examiné par le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la SUVA. Dans son appréciation du 29 août 2017, le médecin a constaté que la marche s'effectuait avec une boiterie. La marche sur la pointe des pieds était difficile et sur les talons un peu plus facile. L'accroupissement était partiellement réalisé. Les mobilités du genou étaient de 120° en flexion et de 0° en extension. L'assuré parvenait à résister à la pression exercée par l'examinateur sur la jambe tendue, témoignant d'une récupération satisfaisante du quadriceps. Il existait un point douloureux au niveau de l'interligne articulaire sur le versant interne. Le Dr F_____ a considéré l'état de santé comme stabilisé. La capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité antérieure de vendeur de voiture, mais entière dans une activité adaptée en position debout ou assise permettant d'étendre la jambe quelques minutes, sans limitation au niveau des membres supérieurs avec un port de charges occasionnel jusqu'à 10 kg, et évitant les

déplacements répétés dans les escaliers, la montée sur une échelle, ainsi que les accroupissements répétés.

10. Par courrier du 25 septembre 2017, la SUVA a fait savoir à l'assuré qu'elle mettrait un terme au paiement des soins médicaux ce jour, à l'exception de la prise en charge d'un traitement antalgique régulier, et verserait les indemnités journalières jusqu'au 31 décembre 2017.

11. Le CT-scan du genou gauche du 27 septembre 2017 a montré un remaniement sévère, stable, de la surface articulaire tibiale prédominant au niveau de la partie intercondylienne, une résorption au niveau du plateau tibial postérieur externe dont le vis à ce niveau était en position superficielle, et un fragment osseux libre intra-articulaire à proximité de l'épine tibiale de 5 × 4 mm, stable.

12. Dans son appréciation du 23 octobre 2017, le Dr F_____, relevant que l'assuré présentait une arthrose d'un degré intermédiaire, a évalué à 15 % le taux de l'atteinte à l'intégrité, en se référant à la table n°5 des barèmes d'indemnisation des atteintes à l'intégrité de la SUVA résultant d'arthroses.

13. Le 20 novembre 2017, l'ablation du matériel d'ostéosynthèse a été réalisée.

14. La SUVA a alors continué à prester, en s'acquittant des frais médicaux et en octroyant des indemnités journalières au-delà du 31 décembre 2017.

15. La scintigraphie osseuse partielle avec complément tomoscintigraphique du 30 janvier 2018 a conclu à un examen très fortement suspect de remaniements arthrosiques post-traumatiques évolutifs de l'articulation fémoro-tibiale médiale et latérale du genou gauche et moins évolutifs de l'articulation fémoro-patellaire.

16. L'imagerie par résonnance magnétique (ci-après : IRM) du genou et de la jambe gauches du 22 octobre 2018 a mis en évidence d'importants remaniements osseux séquellaires du tibia proximal, avec des irrégularités de la surface articulaire, une lésion méniscale externe correspondant soit à une déchirure en anse de seau soit à un ménisque discoïde fissuré, sans lésion visible en regard de la zone douloureuse au niveau de la jambe.

17. Dans un rapport du 3 décembre 2018, le docteur G_____, médecin adjoint au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a posé le diagnostic de gonarthrose gauche post-traumatique. Il existait une légère déformation en valgus d'environ 5° du membre inférieur gauche, et des douleurs à la palpation de toute la région métaphysaire du tibia. La flexion/extension était à 130-0-0, et le genou stable dans tous les plans. La radiographie de genou face/profil et défilé fémoro-patellaire avait révélé une gonarthrose tricompartimentale prédominant au compartiment interne avec pincement de l'interligne et présence d'ostéophytes.

18. Dans un rapport du 21 janvier 2019, le Dr G_____ a indiqué dans l'anamnèse actuelle que l'assuré rapportait des douleurs du genou gauche, présentes en position assise et couchée ainsi qu'à la marche, et localisées plutôt au niveau de la jambe

proximale. À l'examen clinique, le médecin a constaté l'absence de douleur à la palpation du genou et des repères osseux. La stabilité du genou était bonne dans l'ensemble des plans.

19. Par décision du 25 avril 2019, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1er mai 2017. Le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) lui reconnaissait une incapacité de travail de 100 % dans toute activité à partir du 27 mai 2016, et de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations depuis le 25 août 2017. L'amélioration de son état de santé avait toutefois duré moins de trois mois, compte tenu d'une péjoration survenue dès le 20 novembre 2017, de sorte que le droit à une rente entière perdurait.

20. La radiographie du genou gauche du 3 mai 2019 a conclu à des remaniements séquellaires du plateau tibial gauche superposables au comparatif de l'IRM du 22 octobre 2018, une ostéophytose bordante tricompartimentale superposable également au comparatif, sans épanchement articulaire significatif ni de modification des contours corticaux.

21. Le 4 juillet 2019, l'assuré a été examiné par le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la SUVA. Dans son rapport du 22 juillet 2019, le Dr H_____ a indiqué que la marche, qui se faisait avec une discrète boiterie à plat, était impossible sur la pointe des pieds et amorcée sur les talons. L'accroupissement était partiellement réalisé, le travail et la station à genoux, impossibles. La mobilité du genou gauche était limitée en flexion à 120°. L'assuré était capable de soulever sa jambe contre résistance. Il présentait un point douloureux en étau sur la face antérieure du tibia avec un début d'évitement d'une pression douloureuse à partir du mi-mollet. Le médecin a retenu que l'état de santé était stabilisé. L'assuré avait refusé la mise en place d'une prothèse de genou compte tenu des risques encourus. Actuellement, il n'était plus suivi sur le plan orthopédique. Il était soulagé par une attelle souple à visée proprioceptive et prenait du Dafalgan. L'examinateur lui recommandait de consulter un centre antidouleur pour adapter et rechercher un meilleur confort de vie. Il disposait d'un appareil Compex, à visée musculaire, qu'il pourrait également utiliser à visée antalgique. Le médecin a repris les limitations fonctionnelles énumérées précédemment par le Dr F_____, précisant toutefois que l'activité adaptée, exigible à plein temps sans baisse de rendement, devait être réalisée majoritairement en position assise.

22. Dans un rapport du même jour, le Dr H_____, après avoir fait état d'une arthrose fémoro-tibiale grave mécanique, a constaté que l'aspect de destruction radiologique laissait encore un interligne visible, et compte tenu d'une aggravation prévisible de cette affection, a fixé à 25 % le taux de l'atteinte à l'intégrité.

23. Par lettre du 8 août 2019, la SUVA a informé l'assuré qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 septembre 2019.

24. Dans une note interne du 8 octobre 2019, la SUVA a évalué le revenu sans invalidité de l'assuré à CHF 71'672.-, correspondant au salaire d'un homme travaillant dans une activité de niveau 2 selon les branches 45-46 (commerce de gros, commerce d'automobiles) du tableau TA1_tirage_skill_level de l'Enquête Suisse sur la Structure des Salaires (ci-après : ESS) 2016, adapté à l'horaire hebdomadaire normal de travail de la branche économique (42,3 heures), indexé en 2019. Le revenu avec invalidité a été arrêté à CHF 64'462.-, ce qui correspondait au salaire (part du 13ème salaire incluse) d'un homme travaillant dans une activité de niveau 2, tous secteurs confondus (total) selon le tableau TA1_tirage_skill_level de l'ESS 2016, adapté à l'horaire hebdomadaire normal de travail de la branche économique (41,7 heures), indexé en 2019, et réduit de 10 % à titre d'abattement. La comparaison des gains aboutissait à une perte de gain de 10 %.

25. Par décision du 10 octobre 2019, la SUVA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 10 % dès le 1er octobre 2019, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25 % représentant la somme de CHF 37'050.-.

26. Par courrier du 7 novembre 2019, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a formé opposition à cette décision. Il a contesté le revenu sans invalidité, arguant qu'il aurait pu continuer à exercer son activité habituelle s'il n'avait pas été au chômage et réaliser un gain annuel égal à celui de 2014, soit CHF 162'930.-. Il a également remis en cause le taux d'abattement, qui devait être porté à 20 %, car il était erroné de considérer qu'il serait apte à réaliser une activité majoritairement en position assise. Il s'est appuyé à cet égard sur le rapport du Dr G_____ du 21 janvier 2019. Il a ainsi évalué sa perte de gain à 65 %. En ce qui concernait le taux de son atteinte à l'intégrité, il a estimé que celui-ci était de 50 %, motif pris qu'il ne pouvait plus exercer d'activité sportive alors qu'il était un sportif de haut niveau, lui causant ainsi un préjudice moral important, qu'il avait été hospitalisé à plusieurs reprises entraînant des complications, et qu'il ressentait des douleurs en position assise, couchée ou à la marche.

    Il a joint, entre autres, un certificat de travail du 30 juin 2014, dans lequel son ex-employeur mentionnait qu'en sa qualité de responsable du parc de voitures d'occasion, l'assuré avait pour tâches de gérer la vente et la reprise des véhicules d'occasion, de les publier sur internet, et de piloter la gestion des expositions extérieures lors du salon de la voiture d'occasion. Il précisait que le licenciement avait été prononcé pour des motifs économiques.

27. Par décision du 5 décembre 2019, la SUVA a rejeté l'opposition, faisant valoir qu'elle était en droit de recourir aux ESS pour fixer le revenu de valide, puisqu'au moment de l'accident, l'assuré n'avait pas repris une activité professionnelle. Le revenu pris en compte se référait du reste à celui de la branche d'activité et du niveau de compétence de l'assuré. En outre, un abattement supérieur à 10 % ne se justifiait pas. L'assuré avait encore le plein usage des membres supérieurs. Ses limitations fonctionnelles ne l'entravaient que dans des activités lourdes ou impliquant des marches prolongées ou en terrain à risque (terrains accidentés,

échelles, etc.). Par ailleurs, les activités de niveau 2 de l'ESS incluaient de nombreux postes ne sollicitant pas particulièrement les membres inférieurs. Ainsi, ces emplois étaient pleinement à la portée de l'assuré. Enfin, aucun rapport médical ne permettait de remettre en question l'appréciation probante du Dr H_____ relative à l'atteinte à l'intégrité présentée par l'assuré.

28. Par acte du 7 janvier 2020, celui-ci, sous la plume de son conseil, a interjeté recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la production du courrier du Dr H_____ du 4 (recte : 22) juillet 2019, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité de 65 % dès le 1er octobre 2019 et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 74'100.-, subsidiairement, à l'octroi d'une rente d'invalidité de 50 % dès le 1er octobre 2019.

    Il a soutenu que l'intimée aurait dû appliquer l'art. 24 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 (OLAA − RS 832.202), et non les ESS, pour déterminer le revenu sans invalidité.

    Il a répété que le salaire qu'il touchait avant l'accident devait être pris en considération, en lieu et place des données statistiques, dès lors qu'elles faisaient abstraction de la composition spécifique des salaires lorsque, comme dans son cas, les primes et commissions de vente perçues représentaient plus de 35 % du salaire brut.

    Dans tous les cas, arguait-il, son revenu de valide selon les ESS ascendait à CHF 8'810.- par mois, soit CHF 107'834.40 par année, indexé en 2019, montant tenant compte de la région lémanique, du 13ème salaire et des paiements spéciaux, de son niveau de compétence en tant que cadre supérieur et moyen, et de sa longue expérience dans son domaine d'activité (commerce et réparation d'automobiles) à plein temps pendant cinq années de service dans une entreprise employant plus de cinquante salariés. Moyennant un abattement de 20 %, son degré d'invalidité s'élevait alors à 47 %.

    Le recourant a ensuite maintenu sa position s'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, et réservé ses conclusions, dans l'attente de recevoir l'appréciation du Dr H_____ du 4 (recte : 22) juillet 2019 que l'intimée ne lui avait pas transmise.

29. Dans sa réponse du 3 février 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours.

    Elle a relevé que l'art. 24 al. 1 OLAA, qui se rapportait au gain déterminant pour les rentes dans les cas spéciaux, n'était pas applicable pour fixer le revenu de valide. De plus, le recourant ayant perdu son emploi au 30 juin 2014 pour des motifs économiques, il n'aurait plus pu, même sans la survenance de l'accident, exercer son activité au service de son employeur. Dans ce cas de figure, elle était fondée à se référer aux ESS, sans prendre en considération de multiples variables (années de service, région, taille de l'entreprise, etc.), rappelant avoir déjà pris en compte le domaine d'activité pertinent (branche économique 45-46 « commerce de gros, commerce automobiles ») ainsi que le niveau de compétence 2.

S'agissant du revenu d'invalide, l'abattement retenu sur le salaire statistique était, selon la SUVA, conforme à la jurisprudence en la matière.

En ce qui concernait le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'intimée, après avoir réitéré que le recourant n'était limité qu'en lien avec sa jambe gauche, a souligné que ce taux était fixé, sans égard à la personnalité de celui-ci ou à ses aptitudes (sportives), sur la base d'une constatation médicale, qui figurait au dossier et dont il aurait pu prendre connaissance en procédure d'opposition.

30. Dans sa réplique du 30 avril 2020, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il a indiqué que l'art. 24 OLAA avait pour but d'atténuer la rigueur de la règle du dernier salaire reçu avant l'accident, lorsque cette règle pourrait conduire à des résultats inéquitables ou insatisfaisants. Ainsi, les gains obtenus dans le cadre de l'assurance-chômage devaient être retenus. Dans le cas contraire, le revenu tiré des ESS devait inclure les commissions qu'il touchait dans sa dernière activité, dès lors qu'il s'agissait d'évaluer son salaire de valide dans la profession qu'il exerçait avant son accident.

Enfin, à ses yeux, une déduction de 20 % sur le revenu d'invalide devait être opérée eu égard à ses douleurs en position assise, à son âge, à la difficulté qu'il aurait à trouver une activité lucrative dans le domaine de l'automobile qui s'effondrait en Suisse en raison de la crise du coronavirus selon un article joint du 11 avril 2020, à son absence de formation complète dans ce secteur − alléguant qu'il possédait un certificat fédéral de capacité de fromager − et à son absence prolongée du marché du travail.

31. Dans sa duplique du 12 mai 2020, l'intimée a également persisté dans ses conclusions.

Elle a argumenté que les éventuelles commissions et gratifications n'étaient pas corrélées par des indices concrets et que, de toute manière, le mode de calcul du recourant était étranger aux ESS, dont les montants devaient être adaptés uniquement à l'horaire moyen de travail et à l'évolution des salaires nominaux.

Quant à l'abattement du salaire statistique, la longue période sans activité lucrative était irrelevante. L'âge du recourant, 59 ans au moment de l'octroi de la rente, ne constituait pas, à lui seul, un facteur susceptible de le désavantager sur le marché du travail, dans la mesure où il disposait de compétences étendues dans le domaine de la vente, de l'administration et de la communication. Enfin, le Dr G_____ n'avait pas constaté objectivement de difficultés en position assise, dont le recourant se plaignait.

32. Par ordonnance du 20 janvier 2021, la chambre de céans a ordonné l'apport du dossier de l'assurance-invalidité du recourant.

33. Obtenu le 27 janvier 2021, ce dossier contient en particulier :

- la lettre de licenciement du 25 avril 2014, révélant qu'outre la situation économique, les difficultés d'une partie du personnel à collaborer en bonne harmonie avec l'assuré avaient justifié la fin des rapports de travail au 30 avril 2014 ;
- un courrier de l'office cantonal de l'emploi du 14 novembre 2016, attestant que le délai-cadre d'indemnisation courait du 1er juillet 2014 au 30 juin 2016 ;
- le curriculum vitae de l'assuré, mentionnant que ce dernier avait travaillé auprès de I_____ en tant que chef de vente du 1er février au 31 décembre 2008, au sein de Garage C_____ SA en qualité de responsable du parc d'occasion du 1er février 2003 au 31 janvier 2008, et au service de Garage J_____SA comme vendeur d'automobiles neuves et d'occasion du 14 février 1994 au 31 janvier 2003 – ces activités étaient corroborées par l'extrait du compte individuel de l'assuré du 14 novembre 2016 ;
- un rapport du 25 septembre 2017 de la Dresse E_____, estimant la capacité de travail de son patient à 50 % dans une activité adaptée assise et sans déplacement ;
- un rapport du 18 octobre 2017 de la Dresse E_____, faisant état de douleurs importantes antéro-internes du genou après quinze minutes de marche. Le genou restait tuméfié avec une atrophie musculaire de la cuisse gauche et une limitation dans la flexion extension. L'assuré limitait sa consommation d'anti-inflammatoires. La capacité de travail restait à évaluer dans une activité adaptée ;
- un avis du SMR du 2 mai 2018, retenant à titre d'atteinte principale à la santé un status post ostéosynthèse d'une fracture du plateau tibial gauche. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle, mais de 50 % dans une activité adaptée (sur la base des rapports précités de la Dresse E_____) dès le 25 août 2017, date de l'examen du Dr F_____ qui considérait comme possible une capacité de travail dans une activité adaptée. L'assuré devait éviter la station debout prolongée, la marche prolongée en terrain plat ou accidenté, les escaliers, les échafaudages, un travail physique, le port de charges supérieures à 10 kg, et favoriser un travail sédentaire avec changements de position ;
- une note interne du 14 décembre 2018 établi par le gestionnaire de l'OAI, indiquant que l'assuré avait bénéficié d'une intervention chirurgicale le 20 novembre 2017 et que son état de santé n'avait cessé de s'aggraver avec une tuméfaction du genou et une augmentation des douleurs, malgré le traitement (physiothérapie, médicaments, trois infiltrations d'acide hyaluronique). Les médecins traitants avaient jusqu'à ce jour maintenu une incapacité de travail totale dans toute activité (au dossier figuraient les arrêts de travail à 100 % sur la base desquels l'assuré recevait ses indemnités journalières de la SUVA ; par contre, les HUG dans un rapport du 23 novembre 2017, et le chirurgien dans son rapport du 1er février 2018 ne se prononçaient pas sur la capacité de travail de

l'assuré dans une activité adaptée). Dans la mesure où l'aggravation de l'état de santé était survenue moins de trois mois après l'amélioration constatée dès le 25 août 2017, l'OAI concluait à une incapacité de travail totale dans toute activité sans tenir compte de l'exigibilité de 50 % retenue précédemment ;

- un rapport du Dr D_____ reçu par l'OAI le 11 février 2020 (dans le cadre de la révision de la rente de l'assuré), relevant une persistance d'une douleur permanente à la jambe gauche, devenant plus intense en position debout prolongée en dépit du traitement (antalgique, physiothérapie, acupuncture). Le dernier contrôle remontait au 4 février 2020. Une activité adaptée n'était actuellement pas envisageable ;
- un rapport du 21 février 2020 de la doctoresse K_____, rhumatologue FMH, constatant une aggravation progressive des douleurs dans la moitié supérieure du tibia, permanentes à 5/10 avec des pics douloureux à 8/10 quelle que soit la position. L'intensité de la douleur était cotée entre 3-5 sur l'échelle EVA. Le pronostic était à évaluer après les nouveaux examens. La capacité de travail était nulle dans une activité adaptée ;
- un rapport du 30 mars 2020 des HUG, déclarant que la physiothérapie régulière et le port d'une genouillère à gauche soulageaient partiellement la douleur à la jambe gauche, de même que la prise de Paracétamol. Il était difficile d'établir un lien clair entre la gonarthrose à gauche et les douleurs au niveau de la jambe. Une lésion du nerf saphène avec une hyperesthésie douloureuse dans ce territoire était évoquée à titre de diagnostic différentiel ;
- un avis du 21 août 2020 du SMR, retenant, sur la base des rapports des médecins traitants, une aggravation de l'état de santé, et maintenant ses conclusions antérieures du 2 mai 2018.

34. Dans ses observations du 16 février 2021, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

Elle a relevé que, dans son avis du 2 mai 2018, le SMR se ralliait aux conclusions de la Dresse E_____, sans même motiver pour quelle raison il s'écartait de celles du Dr F_____ du 25 août 2017. Or, le rapport de la Dresse E_____ était extrêmement sommaire et s'apparentait davantage à un rapport intermédiaire renseignant sur le déroulement du traitement médical. Dans son avis du 21 août 2020, le SMR avait confirmé son appréciation antérieure sans même discuter les rapports contraires des médecins-conseils de l'assurance-accidents. L'OAI avait en fin de compte nié toute capacité de travail du recourant dans toute activité principalement en raison de ses douleurs. Or, l'importance de la symptomatologie douloureuse, cotée entre 3 et 5 sur l'échelle EVA selon le recourant, retranscrite dans l'appréciation du 21 février 2020 de la Dresse K_____, ne pouvait justifier une incapacité de travail complète dans une activité adaptée permettant l'alternance des positions assise et debout, d'autant moins que la médication antalgique était nulle d'après un rapport des HUG du 3 décembre 2018 (figurant dans le dossier de

la SUVA), voire se limitait au Paracétamol selon le rapport des HUG du 30 mars 2020.

L'intimée en a conclu que la position de l'OAI ne pouvait jeter le doute sur son appréciation du cas.

35. Dans ses observations du 11 mars 2021, le recourant a cité le rapport du Dr H_____ du 22 juillet 2019, selon lequel « [t]outefois, compte tenu de l'installation de cette douleur ressentie sur le plan subjectif et dans un aspect contextuel subjectif algique majeur, la mise en place de recherche d'un travail avec ces limitations paraît compromise ». Le recourant en déduisait que de l'avis même du médecin-conseil de l'intimée, ses limitations fonctionnelles étaient si importantes que l'exercice d'une activité lucrative paraissait impossible.

    Il a exposé, se référant aux avis des 2 mai 2018 et 14 décembre 2019 (recte : 2018) du SMR, que, du point de vue de la coordination des assurances sociales, il ne devait pas exister une différence entre l'assurance-invalidité et l'assurance-accidents dans l'appréciation médicale de faits identiques et dans l'application du droit. Ses limitations justifiaient l'allocation de la rente qu'il sollicitait.

36. Dans son écriture du 25 mars 2021, l'intimée a indiqué que la citation ci-dessus se rapportait au ressenti subjectif du recourant de ses douleurs. Conformément au principe d'égalité de traitement entre assurés, elle ne pouvait pas évaluer leur invalidité en se fondant sur leur perception subjective de la douleur. Seules importaient les douleurs objectivées par des observations médicales concluantes. Elle s'était donc à juste titre basée sur les constatations objectives de son médecin-conseil.

    Elle a ajouté que l'évaluation de l'invalidité par l'OAI, qui n'était pas convaincante pour les motifs exposés dans sa précédente écriture, n'avait pas de force contraignante pour l'assurance-accidents.

37. Dans son écriture du 12 avril 2021, le recourant a déclaré que ses douleurs, constatées par l'ensemble des rapports médicaux, ne pouvaient être soulagées simplement par la prise de Paracétamol. Il a reproché à l'intimée de ne pas avoir pris en compte, à satisfaction de droit, ses douleurs ainsi que ses limitations fonctionnelles.

    Il a estimé que l'OAI s'était appuyé sur une documentation médicale complète et non pas seulement sur le rapport de la Dresse E_____, que l'intimée jugeait à tort comme étant sommaire et intermédiaire.

38. 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.

3. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident (du 27 mai 2016) est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

4. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

   La conclusion préalable du recourant tendant à la production par l'intimée du rapport du Dr H_____ du 22 juillet 2019 est devenue sans objet, dès lors que celle-ci a transmis le dossier du recourant incluant ce document et que ce dernier a pu prendre connaissance de l'intégralité de son dossier, dans le cadre de la présente procédure.

5. Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant, ainsi que sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

6. 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 129 V 402 consid. 2.1; ATF 122 V 230 consid. 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 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).

7. Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite de l'accident, il 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 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).

Le point de savoir si l'on est en présence d'une amélioration sensible de l'état de santé se détermine en particulier en fonction de l'accroissement ou du rétablissement de la capacité de travail en tant que celle-ci est diminuée par l'accident assuré. L'emploi du qualificatif « sensible » à l'art. 19 al. 1 LAA signifie ainsi que l'amélioration qui est attendue d'un traitement médical (approprié) au sens de l'art. 10 al. 1 LAA doit être d'une certaine importance; des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Le simple fait qu'un traitement médical continue à être nécessaire ne suffit pas non plus en soi (arrêt du Tribunal fédéral 8C_ 956/2009 du 9 mars 2010 consid. 4.1.2). Ni la possibilité très éloignée d'un résultat positif lié à la continuation d'un traitement médical, ni de petits progrès attendus du fait d'autres mesures – balnéothérapie ou physiothérapie par ex. (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_39/2018 du 11 juillet 2018 consid. 5.1 et 8C_142/2017 du 7 septembre 2017 consid. 4) –, ne confèrent un droit à de plus amples prestations de la part de l'assureur-accidents. Dans ce contexte, l'état de santé de la personne assurée doit être évalué de manière prévisionnelle et non rétrospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_142/2017 consid. 4 et les arrêts cités), c'est-à-dire à la lumière des circonstances qui prévalaient au moment de la clôture du cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_83/2017 du 11 décembre 2017 consid. 4.3).

8. 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). 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).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de

l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. 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).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 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 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

10. En l'espèce, il n'est pas contesté par l'intimée que le recourant ne peut plus exercer son activité habituelle en raison de son atteinte au genou gauche consécutive à l'accident survenu le 27 mai 2016.

    En ce qui concerne la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, la divergence d'opinion entre le Dr F_____, médecin d'arrondissement de l'intimée, qui l'évalue à 100 %, et la Dresse E_____, médecin traitante, qui l'estime à 50 %, importe peu pour la période jusqu'au 31 décembre 2017, date à compter de laquelle l'intimée, sur la base de l'appréciation du Dr F_____ du 29 août 2017, avait décidé (dans un premier temps) de mettre un terme au versement des indemnités journalières, dès lors que, postérieurement à cette date, eu égard à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse le 20 novembre 2017, l'intimée a continué à s'acquitter des frais médicaux et à octroyer des indemnités journalières.

    C'est ensuite, en s'appuyant sur le rapport du Dr H_____ du 22 juillet 2019, médecin d'arrondissement également, que l'intimée a clos le dossier au 30 septembre 2019. Dans ce rapport, le Dr H_____ a considéré que le cas était stabilisé et que le recourant pouvait exercer à plein temps une activité adaptée majoritairement en position assise, évitant le port répété de charges supérieures à 10 kg, les déplacements dans les escaliers, la montée sur une échelle ainsi que les accroupissements répétés.

    Ces conclusions, prises à l'issue d'un examen clinique du recourant, dont les plaintes ont été prises en compte, complété par l'étude du dossier, y compris les radiographies, et donc en connaissance de ses limitations, emportent la conviction.

    En l'absence d'un suivi sur le plan orthopédique au jour de l'examen final le 4 juillet 2019 et d'une nouvelle intervention chirurgicale attendue – le recourant refusant la mise en place d'une prothèse du genou – l'intimée était en droit de considérer que l'état de santé de celui-ci, dont le traitement régulier consistait en la prise de comprimés antidouleur (Dafalgan) et l'utilisation d'un appareil à visée musculaire et antalgique, était stabilisé. En effet, la prise de comprimés antidouleur, soit la prescription d'une mesure thérapeutique, ayant uniquement pour effet d'atténuer passagèrement les plaintes liées à un état stationnaire en soi, ne fait pas obstacle à la clôture du cas par l'assureur (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1).

    Les avis des médecins traitants ne sauraient remettre en cause le rapport précité du Dr H_____.

    En effet, dans ses rapports des 25 septembre et 18 octobre 2017, sur la base desquels l'OAI a rendu sa décision du 25 avril 2019 mettant le recourant au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, la Dresse E_____ ne fait pas état d'éléments objectivement vérifiables, de nature clinique ou diagnostique, qui auraient été ignorés par le médecin d'arrondissement. Les limitations fonctionnelles qu'elle a retenues (soit un travail uniquement en position assise, sans déplacement) ne diffèrent pas de celles énumérées par le Dr H_____. Si, à l'époque, la médecin

traitante avait constaté des douleurs importantes et un genou tuméfié avec une atrophie de la cuisse gauche, ainsi qu'une limitation dans la flexion extension, le médecin d'arrondissement, par contre, n'a pas observé de tuméfaction ou une atrophie lors de son examen final. Il a relevé que la marche s'effectuait avec une discrète boiterie à plat, que la mobilité du genou gauche était limitée en flexion à 120° et que le recourant, qui pouvait soulever sa jambe gauche contre résistance, présentait un point douloureux en étau sur la face antérieure du tibia avec un début d'évitement d'une pression douloureuse à partir du mi-mollet, ce qui entraînaient les limitations fonctionnelles décrites ci-dessus. La Dresse E_____ ne met donc pas en évidence d'élément qui justifierait que l'on se distancie de l'appréciation du Dr H_____.

Le SMR, pour sa part, s'est essentiellement fondé sur les rapports des médecins traitants, ainsi que sur les arrêts de travail établis par ces derniers, pour fixer la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Or, ni les arrêts de travail à 100 % − sur la base desquels le recourant percevait ses indemnités journalières LAA −, ni le rapport des HUG du 23 novembre 2017 ou le rapport du chirurgien du 1er février 2018 ne spécifient la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée.

Quant aux rapports des médecins traitants des 11 et 21 février et 30 mars 2020, sur la base desquels le SMR, puis l'OAI, dans le cadre de la révision de la rente du recourant, ont maintenu leurs conclusions antérieures, ils font état d'une aggravation de douleurs à la jambe gauche quelle que soit la position adoptée par le recourant, constatée lors des consultations ayant eu lieu entre février et mars 2020, soit un fait nouveau postérieur à la décision querellée du 5 décembre 2019. Aussi la chambre de céans ne saurait-elle en tenir compte. En effet, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références).

Enfin, contrairement à ce que prétend le recourant dans son écriture du 11 mars 2021, le Dr H_____ n'a pas indiqué que celui-ci était inapte à exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il a uniquement souligné que la douleur alléguée comme étant majeure au jour de l'examen final représentait un frein à la réinsertion professionnelle. Or, l'administration ou le juge, en cas de recours, s'appuie sur des rapports médicaux – probants − pour pouvoir établir le droit à des prestations, et non pas sur l'appréciation subjective de l'assuré sur son état de santé et son incapacité de travail.

Par conséquent, vu que l'OAI n'a pas mis en œuvre de mesures de réadaptation, l'intimée était fondée à examiner les conditions du droit éventuel à une rente d'invalidité dès le 1er octobre 2019. À cet effet, la chambre de céans admet, avec le

Dr H_____, que le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

11. Il convient à présent d'examiner le degré d'invalidité présenté par le recourant.

12. a. L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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 (art. 7 LPGA).

b. 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).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

c. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence).

Selon la jurisprudence, on peut recourir aux données statistiques résultant de l'ESS pour fixer le revenu sans invalidité lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I.168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B.80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

d. Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 135 V 297 consid. 5.2; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

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). 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 (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

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), étant toutefois précisé que le Tribunal fédéral a laissée ouverte la question de savoir si, dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, le critère de l'âge constitue un critère d'abattement ou si l'influence de l'âge sur la capacité de gain doit être prise en compte uniquement dans le cadre de la réglementation particulière de l'art. 28 al. 4 OLAA; cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_661/2018 du 28 octobre 2019 consid. 3.3.4.2 et 8C_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.2 et les références citées) – disposition qui commande de faire abstraction du facteur de l'âge pour les deux termes de la comparaison des revenus (arrêt du Tribunal fédéral 8C_37/2017 du 15 septembre 2017 consid. 6.1).

Depuis la 10e édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de

compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_skill_level de l'ESS 2012; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (arrêt du Tribunal fédéral 9C_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1 et les références).

e. L'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 15/06 du 21 décembre 2006 consid. 2.2). La notion d'invalidité, définie à l'art. 8 LPGA, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2d ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.853/05 du 28 décembre 2006 consid. 4.1.1). Si le Tribunal fédéral a confirmé le caractère uniforme de la notion d'invalidité dans les différentes branches d'assurance, il a renoncé à la pratique consistant à accorder en principe plus d'importance à l'évaluation effectuée par l'un des assureurs sociaux, indépendamment des instruments dont il dispose pour instruire le cas et de l'usage qu'il en a fait dans un cas concret. Certes, il faut éviter que des assureurs procèdent à des évaluations divergentes dans un même cas. Mais même si un assureur ne peut en aucune manière se contenter de reprendre, sans plus ample examen, le taux d'invalidité fixé par un autre assureur, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Toutefois, il convient de s'écarter d'une telle évaluation lorsqu'elle repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore lorsqu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. À ces motifs de divergence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité. Enfin, un assureur social ne saurait être contraint, par le biais des règles de coordination de l'évaluation de l'invalidité, de répondre de risques qu'il n'assure pas, notamment, pour un assureur-accidents, une invalidité d'origine maladive non-professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.406/01 du 28 novembre 2002 consid. 1.2).

13. a. En l'espèce, pour les motifs exposés au consid. 10 ci-dessus, c'est à juste titre que l'intimée ne s'est pas référée au degré d'invalidité établi par l'OAI, et a procédé à sa propre évaluation.

b. Pour la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente de l'assurance-accidents (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.311/02 du 4 février 2003 consid. 4.1), soit en l'occurrence le 1er octobre 2019, dès lors que l'état de santé de recourant a été considéré comme stabilisé au 30 septembre 2019 (art. 19 al. 1 LAA). La comparaison des revenus doit donc se faire au regard de cette année-là.

c/aa. S'agissant de la détermination du revenu annuel sans invalidité, le recourant se prévaut de l'art. 24 al. 1 OLAA, aux termes duquel si, au cours de l'année qui précède l'accident, le salaire de l'assuré a été réduit par suite de service militaire, de service civil, de service de protection civile, ou par suite d'accident, de maladie, de maternité, de chômage ou de réduction de l'horaire de travail, le gain assuré est celui que l'assuré aurait reçu sans la survenance de ces éventualités.

Cette disposition a été édictée conformément à la délégation de compétence de l'art. 15 al. 3 LAA, selon lequel le Conseil fédéral édicte des prescriptions sur le gain assuré pris en considération dans des cas spéciaux.

En vertu de l'art. 15 al. 1 et 2 LAA, les indemnités journalières et les rentes sont calculées d'après le gain assuré, c'est-à-dire le dernier salaire que l'assuré a reçu avant l'accident s'agissant des indemnités journalières, le salaire réalisé durant l'année précédant l'accident pour les rentes. La rente d'invalidité s'élève à 80 % du gain assuré (art. 20 al. 1 LAA).

L'autorité exécutive a exhaustivement déterminé les cas spéciaux à l'art. 24 OLAA (pour les rentes). Cette disposition a pour but d'atténuer la rigueur de la règle du dernier salaire reçu avant l'accident lorsque cette règle pourrait conduire à des résultats inéquitables ou insatisfaisants (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.212/02 du 19 avril 2004 consid. 3.2 et les références).

En l'occurrence, c'est à tort que le recourant invoque l'art. 24 al. 1 OLAA, dès lors que cette disposition est pertinente pour la détermination du montant du gain assuré (permettant d'établir le montant de la rente d'invalidité) – et non pas du revenu sans invalidité − lorsque l'assuré a subi une perte de salaire dans l'année de référence en raison de l'une des éventualités énumérées (ATF 137 V 405 consid. 4.4), entre autres en cas de chômage (cf. ATAS/332/2019 du 15 avril 2019 consid. 12 et 13).

c/bb. Cela étant précisé, lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le revenu sans invalidité doit être établi sur la base des données statistiques. Autrement dit, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide (arrêt du Tribunal fédéral 9C_725/2015 du 5 avril 2016 consid. 4.1 et les références).

En l'espèce, il ressort de la lettre de licenciement du 25 avril 2014 que les motifs ayant conduit à la résiliation du contrat de travail du recourant au 30 avril 2014 étaient de nature économique. L'employeur a de plus mentionné avoir mis fin aux rapports de travail, car la collaboration n'était plus aussi harmonieuse qu'auparavant, sans que cela ait été mis en relation avec l'état de santé du recourant. Du reste, selon les pièces au dossier, ce dernier ne souffrait pas de problèmes médicaux à cette époque. Celui-ci a donc perdu son emploi pour des facteurs étrangers à l'invalidité, de sorte que, conformément à la jurisprudence précitée, le revenu qu'il percevait auprès de son dernier employeur n'est pas déterminant, puisque dans ce cas de figure, et indépendamment de la survenance de son incapacité de travail dès le 27 mai 2016, le recourant n'aurait vraisemblablement pas continué à travailler auprès de la même entreprise qui l'employait et n'aurait en conséquence pas pu prétendre au salaire qu'il y aurait réalisé.

En pareilles circonstances, le revenu sans invalidité peut être déterminé sur la base de données statistiques, comme l'a fait l'intimée (voir en ce sens : arrêts du Tribunal fédéral 9C_500/2020 du 1er mars 2021 consid. 4 ; 9C_376/2017 du 30 octobre 2017 consid. 5.4).

Contrairement à ce que fait valoir le recourant, on ne peut donc pas se fonder sur le salaire qu'il touchait auprès de son dernier employeur, ni inclure dans les données statistiques les primes et commissions de vente qu'il percevait à l'époque. En effet, on ne peut pas établir au degré de la vraisemblance prépondérante que, sans la survenance de l'accident le 27 mai 2016, le recourant aurait nécessairement retrouvé un poste similaire à celui qu'il occupait jusqu'au 30 juin 2014, assorti d'une rémunération équivalente (englobant les paiements spéciaux) à celle qui était la sienne jusqu'alors, dès lors que l'accident est survenu près de deux ans après son licenciement, et plus particulièrement un mois avant la fin de son droit aux indemnités de chômage le 30 juin 2016.

c/cc. En ce qui concerne l'année de référence des tableaux statistiques à appliquer, l'ESS 2018 a été publiée le 21 avril 2020 ; l'ESS 2016, le 26 octobre 2018. Dès lors qu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit le 5 décembre 2019, l'intimée ne disposait pas des données 2018, le salaire sans invalidité doit être déterminé sur la base des données 2016 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3) et être indexé jusqu'à la date de l'ouverture du droit à la rente, soit le 1er octobre 2019 (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2).

À cet effet, dans la mesure où le recourant travaillait dans la vente de véhicules d'occasion, il y a lieu de se référer à la ligne 45 « commerce de gros; commerce et réparations d'automobiles » de l'ESS 2016 (tableau TA1_tirage_skill_level, secteur privé), qui comprend le commerce de gros/détail de véhicules neufs ou usagés à teneur de la nomenclature générale des activités économiques (NOGA 2008), publiée par l'OFS, (cf. https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/industrie-

services/nomenclatures/noga/publications-noga-2008.assetdetail.344103.html, p. 129-130).

Le recourant a occupé la fonction de chef de vente du 1er février au 31 décembre 2008 auprès de I_____, et celle de responsable du parc de voitures d'occasion du 1er février 2003 au 31 janvier 2008, puis du 1er janvier 2009 au 30 juin 2014 au sein de Garage C_____ SA, son dernier employeur, où il était chargé de la gestion de la vente/reprise des véhicules d'occasion, y compris lors des expositions extérieures, comme le salon de la voiture d'occasion (cf. curriculum vitae et certificat de travail du 30 juin 2014). Compte tenu des tâches qu'il assumait (poste à responsabilité) grâce à ses qualifications acquises au cours de son expérience (dix-onze ans), il se justifie que le recourant soit placé au niveau de compétence 3, et non pas 2 comme l'a fait l'intimée. À titre d'exemple, le Tribunal fédéral a retenu le niveau de compétence 3 pour déterminer le revenu sans invalidité d'un assuré qui travaillait en tant que responsable informatique avant son accident (arrêt 8C_732/2019 du 19 octobre 2020 consid. 4.4).

Ainsi, le salaire statistique mensuel pour un homme actif dans ce secteur est de CHF 7'021.-, correspondant au montant annuel de CHF 84'252.- (7'021 × 12).

Cette somme, indexée à 2019 selon l'Indice des salaires nominaux pour les hommes (tableau T1.1.10, publié par l'OFS ; https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/travail-remuneration/salaires-revenus-cout-travail/evolution-salaires.assetdetail.16904716.html) dans la branche économique concernée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_821/2019 du 14 octobre 2020 consid. 4.4.2), s'élève à CHF 85'096.53 (+ 0,4 % en 2017 ; + 0,6 % en 2018 ; + 0 % en 2019 ; soit 84'252.- + 337.- en 2017 = 84'589.- + 507.53 en 2018 = 85'096.53 + 0.- en 2019 = 85'096.53).

Ce montant correspond à un horaire de travail de 40 heures, de sorte qu'il doit être adapté à l'horaire usuel de la semaine dans la branche économique concernée en 2019 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_480/2016 du 10 novembre 2016 consid. 6.2), soit 42,3 heures (tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » publié par l'OFS, branche 45 « commerce et réparation d'automobiles et de motocycles »). On obtient dès lors un revenu sans invalidité de CHF 89'989.60 (= 85'096.53 × 42,3 / 40) en 2019.

d. S'agissant du revenu avec invalidité en 2019, dès lors que le recourant n'a pas repris d'activité professionnelle, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base des statistiques salariales figurant dans l'ESS 2016 (cf. consid. 13c/cc ci-dessus).

Pour ce faire, on se réfère à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant sur la valeur médiane ou centrale de la table TA1_tirage_skill_level, ligne « total » (ATF 124 V 321 consid. 3b). Le salaire de référence est celui que peuvent prétendre des hommes au niveau de compétence 2, dès lors qu'eu égard à son parcours professionnel, le recourant peut, nonobstant son affection au genou gauche, effectuer des tâches administratives dans toutes les entreprises du secteur

privé (voir arrêt du Tribunal fédéral 8C_46/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.4 à titre d'exemple).

Il convient ainsi de retenir un revenu mensuel de CHF 5'646.- (TA1 2016, total, niveau de compétence 2, homme), soit un revenu annuel de CHF 67'752.- (5'646 × 12).

Ce salaire hypothétique se base toutefois sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises. Il convient dès lors de l'ajuster à la durée hebdomadaire normale de travail en 2016 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1), laquelle est de 41,7 heures (tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'OFS), ce qui porte le revenu annuel à CHF 70'631.46 (CHF 67'752.- × 41,7 / 40).

Après adaptation de ce montant à l'évolution des salaires nominaux pour les hommes en 2019 − année déterminante pour la comparaison des revenus − (+ 0,4 % en 2017 ; + 0,5 % en 2018 et + 0,9 % en 2019 selon la ligne « total » de la table T1.1.10 publiée par l'OFS), le revenu avec invalidité s'élève à CHF 71'909.98 (CHF 70'631.46 + 282.52 en 2017 = 70'913.99 + 354.57 en 2018 = 71'268.56 + 641.42 en 2019 = 71'909.98) pour un plein temps, et non à CHF 71'624.90 comme retenu à tort par l'intimée.

e. À ce salaire, l'intimée a opéré un abattement de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant. Il convient d'examiner si un facteur de réduction supplémentaire doit s'appliquer, comme le souhaiterait celui-ci.

e/aa. Selon la jurisprudence, l'âge de l'assuré ne constitue pas *per se* un facteur de réduction du salaire statistique. Autrement dit, il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. Le Tribunal fédéral a insisté sur ce point et affirmé que l'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels, tels que la formation et l'expérience professionnelle de l'assuré concerné (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5 et les références citées).

En l'occurrence, pour autant que ce critère soit déterminant en assurance-accidents, l'âge du recourant (né le 17 février 1960), soit 59 ans au moment déterminant du droit à la rente le 1er octobre 2019, ne justifie pas un taux d'abattement, dès lors que le recourant est encore éloigné de l'âge à partir duquel le Tribunal fédéral reconnaît généralement que ce facteur peut être déterminant et nécessite une approche particulière (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_175/2020 du 22 septembre 2020 consid. 4.2 rendu en matière d'assurance-accidents, qui concerne un assuré âgé − comme en l'espèce − de 59 ans au moment de la naissance du droit à la rente).

De toute manière, le recourant a, durant sa longue activité en tant que chef de vente auprès de I_____, et en qualité de responsable du parc de voitures d'occasion au sein de Garage C_____ SA, acquis des connaissances et des compétences dans le domaine administratif, compatibles avec ses limitations fonctionnelles. Il n'y a ainsi pas d'indices suffisants pour retenir qu'un tel âge représente un facteur pénalisant par rapport aux autres travailleurs valides de la même catégorie d'âge, eu égard à ses bonnes qualifications professionnelles (cf. en ce sens : arrêt du Tribunal fédéral 8C_439/2017 du 6 octobre 2017 concernant un assuré ayant atteint 62 ans à la naissance du droit à la rente).

e/bb. Contrairement à ce que fait valoir le recourant, l'éloignement du marché du travail ne constitue pas un facteur d'abattement au sens de la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_273/2019 du 18 juillet 2019 consid. 6.3 et la référence).

e/cc. En s'appuyant sur le rapport du Dr G_____ du 21 janvier 2019, le recourant conteste pouvoir travailler en position assise compte tenu de ses douleurs au genou gauche, si bien que, selon lui, une réduction supplémentaire du revenu d'invalide devrait être appliquée.

Or, outre le fait que ce médecin n'a pas constaté de douleur à la palpation de ce genou, il n'a, quoi qu'en dise le recourant, pas mentionné que ce dernier serait inapte à exercer une activité adaptée en position assise en raison des douleurs alléguées. Au demeurant, postérieurement audit rapport, le recourant a été examiné par le Dr H_____, lequel a conclu, de manière probante, que celui-ci pouvait effectuer une activité adaptée en position assise en dépit des douleurs au genou gauche. Partant, les douleurs éprouvées par le recourant dans cette position ne justifie pas une réduction du salaire statistique.

Du reste, on se demande si c'est à juste titre que l'intimée a opéré un abattement de 10 % sur le salaire statistique pour tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant.

En effet, les limitations fonctionnelles du recourant consistent dans le port répété de charges supérieures à 10 kg, les déplacements dans les escaliers, la montée sur une échelle ainsi que les accroupissements répétés. Celui-ci peut travailler en position assise et il ne présente pas de restrictions au niveau des membres supérieurs. Force est dès lors de constater que l'exercice d'une activité administrative est parfaitement compatible avec les limitations précitées, activité que le recourant est apte à réaliser à plein temps sans diminution de rendement, de l'avis probant du Dr H_____. Dès lors que l'activité adaptée entrant en ligne de compte ici respecte les restrictions physiques du recourant, une déduction sur le salaire statistique ne se justifie pas pour tenir compte des circonstances liées à son handicap. En effet, la question de savoir s'il se justifie de procéder à un abattement sur le salaire statistique à ce titre dépend de la nature des limitations fonctionnelles présentées. Une réduction pour ce motif n'entre en considération que si, dans un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles

à l'assuré (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_661/2018 du 28 octobre 2019 consid. 3.3.4.3. et la référence). Or, in casu, des emplois administratifs existent dans différents domaines du secteur privé.

e/dd. Contrairement à ce que pense le recourant, l'absence de formation complète dans le secteur automobile n'est pas pertinente, car elle est étrangère à la notion d'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral 8C_132/2017 du 5 septembre 2017 consid. 4.2; 9C_474/2010 du 11 avril 2011 consid. 3.2). La difficulté à trouver une activité dans le domaine de l'automobile (en raison de la crise du coronavirus) n'est pas non plus susceptible d'influer sur ses perspectives salariales. L'expérience administrative que celui-ci a acquise dans ce domaine particulier n'exclut en rien la mise en valeur de cette expérience dans d'autres domaines du secteur privé (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_868/2009 du 22 avril 2010 consid. 3.3).

e/ee. Enfin, en ce qui concerne la prise en compte d'un abattement lié aux années de service, elle ne se justifie pas dans le cadre du choix du niveau de compétence 1 de l'ESS 2012, l'influence de la durée de service sur le salaire étant peu importante dans cette catégorie d'emplois qui ne nécessitent ni formation ni expérience professionnelle spécifique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). Il en va toutefois différemment à partir du niveau de compétence 2 s'agissant d'emplois qualifiés dans lesquels l'expérience professionnelle accumulée auprès d'un même employeur est davantage valorisée. Ainsi, le Tribunal fédéral a admis un abattement de 5 % pour un assuré qui subissait un désavantage salarial à ce titre par rapport aux autres employés qualifiés du niveau de compétence 2, dans la mesure où il se trouvait en situation de réintégration professionnelle après plus de trente-cinq ans de service auprès du même employeur (arrêt 8C_46/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.4).

Dans l'arrêt 9C_55/2018 du 30 mai 2018 (rendu en matière d'assurance-invalidité), le Tribunal fédéral a considéré que la juridiction cantonale n'avait pas excédé ou abusé de son pouvoir d'appréciation en retenant, entre autres, comme motifs de réduction l'éventuelle perte au niveau de l'ancienneté pour une assurée qui, avant son arrêt de travail, avait travaillé auprès de son ancien employeur pendant dix ans (consid. 4.3). Dans l'ATAS/631/2017 du 12 juillet 2017 (consid. 10c.), confirmé par le Tribunal fédéral (8C_610/2017), aucun abattement n'a été appliqué sur le salaire statistique pour un assuré ayant travaillé (dès 2004) au service de son ancien employeur pendant neuf ans au moment de son accident (survenu le 6 janvier 2013).

En l'espèce, le type de travail à la portée du recourant dans une activité adaptée en fonction de ses qualifications justifie qu'il soit placé au niveau de compétence 2. Celui-ci a travaillé au service de son ancien employeur du 1er février 2003 au 31 janvier 2008, puis du 1er janvier 2009 au 30 juin 2014, soit une durée totale de dix ans et cinq mois.

Dans la mesure où, pour les motifs exposés au consid. 13 e/cc. ci-dessus, l'abattement de 10 % au titre des limitations fonctionnelles semble injustifié, voire en tous les cas excessif, une réduction globale de 10 % sur le revenu d'invalide est amplement suffisante au regard de la casuistique citée ci-dessus, compte tenu des avantages salariaux dus à l'ancienneté que le recourant aurait perdus.

f. Par conséquent, le revenu d'invalide ascende à CHF 64'718.98 (CHF 71'909.98 - CHF 7'190.998 ; 7'190.998 = 71'909.98 × 10 %).

g. Le revenu sans invalidité de CHF 89'989.60, comparé avec le revenu avec invalidité de CHF 64'718.98, aboutit un taux d'invalidité de 28.08 % ([89'989.60 - 64'718.98] / 89'989.60 × 100), arrondi à 28 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2), et non à 10 % comme retenu à tort par l'intimée.

h. Il en résulte que le recourant a droit à une rente d'invalidité de 28 % (art. 18 al. 1 LAA) dès le 1er octobre 2019.

14. Reste à déterminer si le recourant peut prétendre à une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure au taux de 25 % retenu par l'intimée.

15. 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, 1ère phrase). 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 une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence, etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles

similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d).

b. Selon l'art. 36 OLAA édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1ère phrase); elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2ème phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2).

Cette disposition a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 401/06 du 12 janvier 2007 consid. 2.2). Le caractère durable de l'atteinte doit être à tout le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 124 V 29 consid. 4b/cc). Quant au caractère important de l'atteinte, le ch. 1 de l'annexe 3 à l'OLAA précise que les atteintes à l'intégrité qui sont inférieures à 5 % selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Il faut en conclure qu'une atteinte est réputée importante si elle atteint au moins ce pourcentage (Thomas FREI et Juerg P. BLEUER, Évaluation d'atteintes à l'intégrité multiples, in SUVA Medical 2012, p. 202).

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

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

17. a. 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, 1ère phrase, de l'annexe 3 à l'OLAA). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte (ch. 1, 2ème phrase, de l'annexe 3 à l'OLAA).

La Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA ou SUVA) 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).

D'après la table 5 relative au taux d'atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses, l'atteinte à l'intégrité se situe entre 15-30 % en cas d'arthrose grave fémoro-tibiale (cf. https://www.suva.ch/fr-CH/materiel/documentation/tableau-05-atteinte-a-l-integrite-resultant-d-arthroses).

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

18. En l'espèce, dans son rapport du 22 juillet 2019, le Dr H_____ a, après avoir étudié le dossier du recourant, y compris radiologique, et procédé à son examen clinique, indiqué, en connaissance des limitations de celui-ci, que l'atteinte actuelle consistait en une arthrose fémoro-tibial grave mécanique. Constatant que l'aspect de destruction radiologique laissait encore un interligne visible, le médecin a évalué à 25 % le taux de cette atteinte en se référant à la table 5 précitée.

Les arguments soulevés par le recourant pour justifier l'octroi d'une indemnité de 50 % sont dénués de pertinence − taux qui du reste dépasse la fourchette de 15 à 30 % prévue par la table 5 d'indemnisation pour une arthrose grave fémoro-tibiale.

Le recourant se contente de mentionner ne plus pouvoir pratiquer d'activité sportive, souffrir de complications consécutives aux diverses hospitalisations et éprouver des douleurs. C'est le lieu de rappeler que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité vise précisément à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence, etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1).

Force est de constater que le recourant se limite à substituer sa propre évaluation à celle du Dr H_____. Or, aucun avis médical au dossier ne procède à une évaluation divergente de son atteinte à l'intégrité ou ne permet de mettre en doute l'appréciation dudit médecin.

Aussi le taux de l'atteinte à l'intégrité arrêté à 25 % sera-t-il confirmé.

19. Sur le vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision sur opposition du 5 décembre 2019 réformée, en ce sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 28 % dès le 1er octobre 2019.

20. Le recourant obtenant partiellement gain de cause et étant assisté d'un mandataire professionnel, une indemnité 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]), arrêtée en l'espèce à CHF 1'500.-.

    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.
3. Réforme la décision sur opposition du 5 décembre 2019, en ce sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 28 %, dès le 1er octobre 2019.
4. Alloue une indemnité de CHF 1'500.- au recourant à titre de dépens, à la charge de l'intimée.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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 | Le président |
|---|---|
| Nathalie LOCHER | Philippe KNUPFER |

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