

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/882/2016

ATAS/845/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 octobre 2016

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o Mme B_____, à GENÈVE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
Guillaume ETIER

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; , Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1981, marié depuis 2007, originaire de Tunisie est entré en Suisse le 1^{er} mai 2008.
2. L'assuré a effectué un apprentissage comme réparateur auto, du 1^{er} septembre 1999 au 19 juillet 2000 chez C_____ et a obtenu un certificat d'aptitude professionnelle. Il a, en Suisse, exercé une activité d'agent d'accueil pour D_____ AG (ci-après : D_____) depuis le 13 novembre 2011, débutée à l'aéroport de Genève à 63 %, puis comme assistant team leader à 100 % dès le 1^{er} mars 2013, pour un salaire mensuel de CHF 4'350.- x 13 ; il était assuré à ce titre selon la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (RS 832.20 LAA) auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA) et pour une indemnité journalière en cas de maladie auprès d'Helsana assurances SA (ci-après : Helsana). L'assuré a également exercé comme agent de sécurité auxiliaire (videur pour une boîte de nuit) pour E_____ Sàrl depuis le 25 août 2011, sans horaire fixe, pour un salaire de CHF 22.80/heure et a obtenu en 2012 un revenu brut de CHF 6'373.-.
3. Le 18 avril 2013, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation. Selon le rapport de police du 26 avril 2013, alors qu'il circulait à moto, l'assuré a été heurté par une automobile et projeté au sol et a été légèrement blessé au bras et au genou "gauche."
4. L'assuré a été pris en charge aux urgences des HUG où il a été constaté, le 18 avril 2013, un traumatisme crânien sans PC et des douleurs au coude et au genou droit. Selon le RX : incidence rotule à pister; RX et CT cerebro-cervical sans particularité (pas de fracture, ni d'hémorragie intracrânienne) ; l'incapacité de travail était totale du 18 au 20 avril 2013. La permanence médico-chirurgicale de Chantepoulet a prolongé l'incapacité de travail jusqu'au 27 avril 2013.
5. Le 24 avril 2013, D_____ a déclaré l'accident à la SUVA ; l'assuré avait heurté la portière du véhicule et s'était retrouvé de l'autre côté de celle-ci; il avait subi des contusions au crâne, nez et genou droit. La SUVA a pris le cas en charge.
6. Une IRM du genou droit du 25 avril 2013 a conclu à une entorse du ligament collatéral médical (rupture partielle).
7. Le 29 avril 2013, l'assuré a indiqué à la SUVA qu'une automobiliste lui avait coupé la route.
8. Le 28 mai 2013, le docteur F_____, FMH chirurgie orthopédique, a attesté d'un genou enflé avec une instabilité latérale interne; une radiographie de la colonne n'avait pas montré de lésion traumatique; l'incapacité de travail devait être environ de trois mois. Il a prescrit de la physiothérapie du genou.
9. Le 11 juin 2013, l'assuré a indiqué à la SUVA qu'il était toujours en arrêt de travail.

10. Le 17 juin 2013, les HUG, département de chirurgie, ont attesté de contusions du genou droit et dermabrasions à la suite de l'accident.
11. Le 2 juillet 2013, une IRM du rachis lombaire et du bassin a conclu à une discopathie dégénérative débutante L4-L5 ainsi qu'à une discrète tendinopathie du moyen glutéal gauche.
12. Le 10 juillet 2013, le Dr F_____ a attesté d'un pronostic favorable et de lombalgies avec irradiation.
Le 23 juillet 2013, le docteur G_____, médecin de la SUVA a indiqué que l'incapacité de travail était due à l'accident.
13. Le 3 septembre 2013, le Dr F_____ a posé le diagnostic d'une algoneurodystrophie et préconisé un séjour à Sion.
14. Le 4 septembre 2013, une IRM du genou droit a conclu à une régression nette de l'entorse du ligament collatéral médial avec comme séquelles la persistance d'un épaissement du faisceau superficiel dans sa moitié proximale, et le faisceau profond ménisco-fémoral probablement rompu.
15. Le 13 septembre 2013, le docteur H_____, FMH chirurgie orthopédique, a attesté d'une évolution défavorable avec persistance de douleurs et limitation de flexion; l'IRM du 4 septembre 2013 montrait clairement une déchirure de grade I du ménisque interne et des séquelles de rupture du ligament ménisco-fémoral interne, avec kyste intra-méniscal. Une arthroscopie était prévue le 16 septembre 2013.
16. Le 16 septembre 2013, le Dr H_____ a pratiqué une arthroscopie du genou droit.
17. Le 20 septembre 2013, le docteur I_____, FMH chirurgie orthopédique, médecin-conseil de la SUVA, a rendu une appréciation médicale selon laquelle il n'y avait pas de relation de causalité entre la méniscose (état dégénératif du ménisque sur entorse du ligament latéral médial) et l'accident.
18. le 4 octobre 2013, le Dr I_____ a relevé que l'arthroscopie était à la charge de la SUVA, le chirurgien parlant de fracture chondrale.
19. Le 11 octobre 2013, un inspecteur de la SUVA s'est entretenu avec l'assuré. Celui-ci a déclaré qu'il travaillait à l'aéroport de Genève au contrôle des cartes d'embarquement, en position debout prolongée. Lors de l'accident, il avait perdu connaissance durant une à deux minutes; à la sortie des urgences, il avait ressenti des douleurs aiguës au genou droit et avait consulté à la permanence de Chantepoulet où il avait été constaté un œdème et un hématome important au genou droit; malgré le traitement du Dr F_____, il avait des douleurs et limitations constantes du genou; l'évolution après l'arthroscopie était défavorable, le genou était enflé, avec des douleurs et limitations.

20. Le 17 octobre 2013, le Dr H_____ a attesté pour la SUVA de douleurs avec lâchage du genou. Il y avait une déchirure ménisco-fémorale droite; l'incapacité de travail était totale dès le 13 septembre 2013.
21. Le 18 octobre 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI). Il a indiqué avoir été touché à la tête et au genou droit lors de l'accident et il avait eu mal deux mois plus tard, à la hanche gauche et au dos.
22. Le 6 novembre 2013, la docteure J_____, FMH médecine interne générale, a indiqué qu'il n'y avait pas de maladie psychique incapacitante.
23. Le 7 novembre 2013, le Dr H_____ a noté des douleurs, un lâchage du genou et une phlébite; l'état était stationnaire.
24. Le 8 novembre 2013, le docteur K_____ du centre médical de Chantepoulet a relevé une aggravation de l'état de santé par des douleurs au genou droit, à la hanche gauche, des lombalgies, de vertiges et un état anxio-dépressif depuis plusieurs semaines; l'incapacité de travail était totale.
25. Le 15 novembre 2013, le Dr F_____ a mentionné une aggravation de l'état de santé depuis octobre 2013, soit une discrète phlébite à la jambe droite et des gonalgies droites; l'incapacité de travail était totale.
26. Le 2 décembre 2013, la Dresse J_____ a attesté d'un traitement psychothérapeutique depuis le 21 octobre 2013 pour les symptômes consécutifs à l'accident du 18 avril 2013, l'assuré présentant un état de stress post-traumatique et un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, sans influence sur la capacité de travail.
27. Le 18 décembre 2013, le Dr H_____ a attesté d'une récupération lente et périlleuse avec persistance de douleurs et troubles de type phlébite du membre inférieur droit. Il fallait encore 6 à 9 mois pour retrouver un genou correct.
28. Le 6 janvier 2014, le Dr I_____ a estimé qu'une reprise de travail devrait s'annoncer rapidement.
29. Le 14 janvier 2014, le Dr L_____ a attesté d'un traumatisme avec lésion du genou droit, des douleurs au dos et à la hanche gauche ainsi que des vertiges; il n'y avait pas de restriction d'un point de vue neurologique.
30. Le 30 janvier 2014, le Dr H_____ a attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 13 septembre 2013 et d'une évolution lentement favorable.
31. Le 5 février 2014, l'OAI a rendu un rapport d'évaluation suite à un entretien avec l'assuré, proposant une mesure de job/coaching et un cours d'anglais.
32. Par communication du 25 février 2014, l'OAI a pris en charge la mesure de job coaching/gestion du changement.

33. Le 25 février 2014, l'OAI a noté que la mesure de job/coaching avait été interrompue par l'assuré qui estimait pouvoir trouver une solution avec son employeur; il avait également refusé le cours d'anglais; Careerconsultants a transmis un rapport de séance avec l'assuré du 20 mars 2014.
34. Le 26 février 2014, le Dr I_____ a rendu un rapport médical après examen de l'assuré. L'assuré se plaignait de dépression, de douleurs insupportables au genou droit avec sensation de blocage et lâchage et diminution de la mobilité, de douleurs insupportables au dos et à la hanche gauche. Une prise en charge à la CRR était souhaitable et une reprise de travail possible d'ici quelques semaines.
35. Le 20 mars 2014, Careerconsultant a établi une synthèse en relevant que la mesure de coaching arrivait trop tôt pour l'assuré.
36. Le 27 mars 2014, l'OAI a constaté qu'aucune mesure IP n'avait pu être poursuivie; l'instruction médicale devait se poursuivre et l'IP était clôturée.
37. Par communication du 14 avril 2014, l'OAI a informé l'assuré que l'instruction médicale de son dossier était poursuivie.
38. Le 14 avril 2014, le Dr H_____ a indiqué que l'assuré présentait toujours des douleurs de type phlébite du creux poplité à la cuisse, il a noté un point d'interrogation en réponse aux questions relatives à la capacité de travail.
39. Par communication du 14 avril 2014, l'OAI a décidé de poursuivre l'instruction du dossier.
40. Le 22 avril 2014, le Dr F_____ a rempli un rapport médical AI attestant d'une aggravation de l'état de santé depuis le 25 février 2014, (l'assuré avait chuté) avec des douleurs lombaires et au bassin en plus des gonalgies droites; l'incapacité de travail était totale.
41. Le 28 avril 2014, la Dresse J_____ a rempli un rapport médical AI indiquant une amélioration de l'état de santé depuis mi-février 2014; seul un trouble dépressif léger à modéré persistait.
42. Le 5 mai 2014, le Dr K_____ du Centre médical de Chantepoulet a rempli un rapport médical AI selon lequel l'état de santé s'était aggravé du point de vue de la hanche et du dos; l'assuré avait des douleurs en position debout; les douleurs au genou s'étaient améliorées; l'incapacité de travail était totale; une reprise éventuelle à 50 % était indiquée.
43. Le 12 mai 2014, le Dr I_____ a proposé d'accepter l'incapacité de travail jusqu'au 12 mai 2014 et de faire le point ensuite.
44. Le 15 mai 2014, le Dr H_____ a mentionné une déchirure ménisconfémorale droite et un traitement par support plantaire et physiothérapie. L'incapacité de travail était totale.

-
45. Le 10 juin 2014, le Dr M_____ du SMR a estimé que la capacité de travail était récupérée, du point de vue psychique dès la mi-février 2014 et, du point de vue du genou, dès le 12 mai 2014, (selon le Dr I_____).
 46. Le 10 juin 2014, le Dr I_____ a proposé d'accepter l'incapacité de travail et de faire le point en août 2014.
 47. Le 19 juin 2014, l'OAI a calculé le degré d'invalidité de l'assuré, lequel était nul. Le revenu d'invalidité de CHF 62'672.- était fondé sur l'ESS 2010, TA1, homme, niveau 4 pour 41,6 heures de travail, indexé en 2013 à 100 % et le revenu sans invalidité était de CHF 61'115.- pour 2013 (soit le cumul des deux activités de l'assuré).
 48. Par projet de décision du 27 juin 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestation de l'assuré au motif que l'incapacité de travail avait duré du 18 avril 2013 au 15 mai 2014 dans les deux activités antérieures de nettoyeur et agent de sécurité et que dès le 15 février 2014 une activité adaptée était exigible. Le degré d'invalidité était nul.
 49. Le 3 juillet 2014, le Dr H_____ a attesté d'une incapacité de travail totale depuis ce jour pour une durée indéterminée.
 50. Le 7 juillet 2014, le Dr K_____ a attesté d'une symptomatologie douloureuse persistante dans la région dorso-lombaire et au genou droit ; il lui semblait que l'assuré ne pouvait travailler dans cet état.
 51. Le 5 août 2014, le Dr H_____ a attesté d'une évolution favorable avec la physiothérapie, un bon pronostic et répondu par un « ? » à la question de la capacité de travail.
 52. Le 29 août 2014, l'assuré, représenté par son avocate, a observé qu'il n'avait jamais été employé comme nettoyeur, que la rééducation suite à l'arthroscopie n'avait pu débuter qu'au début 2014, que la marche avec des cannes durant 1 an avait eu des conséquences défavorables sur la hanche et le dos, que ses douleurs persistaient ainsi que des lâchages réguliers du genou, de sorte qu'il n'était pas capable de retravailler dès le 15 février 2014.

Une expertise était nécessaire, ce d'autant que la SUVA admettait son incapacité de travail totale ; il a transmis les certificats des Drs H_____ du 3 juillet 2014 et K_____ du 7 septembre 2014.
 53. Le 3 septembre 2014, le Dr K_____ a estimé qu'une reprise à 100 % n'était actuellement pas envisageable, l'assuré se déplaçant difficilement avec des cannes et présentant des douleurs au genou droit et à la hanche gauche.
 54. Le 8 septembre 2014, lors d'un entretien avec un représentant de la SUVA, l'assuré a déclaré qu'il était suivi par le Dr H_____ pour le genou et le Dr AC_____ pour le dos et la hanche et qu'il allait prendre un nouvel avis auprès

du Dr N_____, qu'il n'était pas satisfait de l'évolution de son genou, qu'il souffrait de la jambe droite et du dos et qu'il souhaitait se rendre à la CRR.

55. Le 10 septembre 2014, le docteur N_____, FMH chirurgie orthopédique, a relevé qu'une scintigraphie osseuse du 10 septembre 2014 confirmait une algoneurodystrophie post-traumatique au décours du genou droit. L'assuré était totalement incapable de travailler. Dans un autre avis du même jour, il a attesté de marche avec une canne, lâchage du genou itératif et raideur, d'un pronostic relativement bon, de sinistrose, de poursuite du traitement durant trois à quatre mois et d'une algodystrophie probablement présente avant l'arthroscopie.
56. Le 10 septembre 2014, un RX du genou droit a conclu à une ostéocondensation modulaire mesurant 10 x 15 mm posant le diagnostic différentiel d'un ostéome ou ostéome ostéoïde. Une IRM était à programmer.
57. Le 10 septembre 2014, l'assuré a informé l'OAI de la position du Dr N_____ qui l'estimait totalement incapable de travailler.
58. Le 6 octobre 2014, E_____ Sàrl a résilié le contrat de travail de l'assuré pour le 31 décembre 2014.
59. Une IRM du 8 octobre 2014 lombaire et du bassin a conclu à :
« Séquelles d'une maladie de Scheuermann. Dégénérescence discale L4-L5 avec protrusion discale de localisation médiane, paramédiane et foraminale en contact modéré avec la racine L4 gauche dans son trajet foraminal. Le diamètre antéro-postérieur du canal lombaire est dans les limites inférieures de la norme. Sclérose de surcharge des facettes articulaires postérieures. Nodule d'ostéocondensation d'aspect banal au niveau de la région trochantérienne droite. Aucun argument pour un ostéome ostéoïde. Ténobursite des insertions des fessiers moyens. »
60. Le 16 octobre 2014, le Dr M_____ a estimé qu'avec l'algoneurodystrophie de nouvelles limitations fonctionnelles étaient reconnues : ne pas porter de charges, pas de travail en marchant, alternance de positions, pas de travail à genou, accroupi. De ce fait l'activité d'agent de sécurité n'était plus exigible. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail était vraisemblablement pleine. Parallèlement à cette évolution sinueuse, l'assuré avait développé un état de stress post-traumatique qui s'était amendé à la fin de 2013, passant à un épisode dépressif, au début moyen et ensuite léger, qui avait permis de récupérer la capacité de travail adaptée à la mi-février 2014, date du début de l'aptitude à la réadaptation.
61. Le 17 octobre 2014, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport du Dr N_____ du 15 octobre 2014, selon lequel les lombalgies basses et les péritro-artérites étaient en relation avec des troubles de la statique et de la dynamique directement liés à une démarche perturbée par l'altération du genou droit et l'IRM du 8 octobre 2014.
62. Le 21 novembre 2014, le Dr M_____ a maintenu son avis du 16 octobre 2014.

63. Par décision du 27 novembre 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que l'assuré avait été incapable de travailler du 18 avril 2013 au 15 février 2014, qu'il présentait une capacité de travail dans une activité adaptée dès le 15 février 2014, et dans ses deux activités habituelles de nettoyeur et d'agent de sécurité dès le 12 mai 2014. Son degré d'invalidité était nul.
64. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) du 4 au 19 novembre 2014, laquelle a rendu un rapport le 28 novembre 2014 (docteurs O_____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, P_____, médecin-assistant, Q_____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et en rhumatologie, Messieurs R_____ et S_____, maîtres socio-professionnels). Les diagnostics posés étaient les suivants :
- Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleur du genou droit.
 - Accident de moto le 18 avril 2014 avec entorse de grade II du LLI du genou droit.
 - 13.09.2013 : arthroscopie diagnostique avec toilettage articulaire.
 - Lombalgie chronique d'origine musculo-squelettique non spécifique.
 - Déconditionnement physique global.

L'assuré se plaignait de douleurs au genou droit avec lâchages fréquents et parfois blocages; depuis 3-4 mois, des douleurs à la hanche gauche étaient apparues, au genou gauche et au dos, continues. Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées. Des incohérences avaient été relevées : le plus évident étant les très nombreux soupirs lors de l'examen clinique; l'assuré était centré sur la douleur au point qu'il avait été difficile de mettre en place un programme de rééducation qui soutienne, l'assuré ayant une attitude défaitiste.

Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes étaient retenues : long déplacement, marche dans les escaliers, échelle, accroupissement, port de charge.

L'incapacité de travail était totale du 4 novembre au 20 décembre 2014, à réévaluer.

Selon un consilium de l'appareil locomoteur (rachis) du 11 novembre 2014 (Dr Q_____), l'atteinte lombaire était davantage en relation avec un trouble fonctionnel (déconditionnement) qu'avec une anomalie lésionnelle. Elle n'avait pas de rapport avec l'accident d'avril 2013 et n'était pas d'une importance telle qu'elle justifiait une incapacité de travail. Théoriquement, cette lombalgie devrait réagir favorablement à une réadaptation rachidienne active associant des exercices visant à améliorer la mobilité lombaire basse, le gainage et la proprioception. Cependant, tout avait échoué jusqu'ici et l'attitude défaitiste de l'assuré n'était pas de bon augure.

Le consilium psychiatrique du 6 novembre 2014 (Dresse T_____) a relevé que l'assuré semblait avoir présenté quelques mois après l'accident une symptomatologie évocatrice d'un état de stress post traumatique, répondant bien à un traitement par hypnose. Quelques symptômes résiduels étaient toujours présents, mais l'assuré frappait surtout par les discordances entre un discours positif et auto-valorisant et un comportement de souffrance et d'autolimitations.

Aucun diagnostic psychiatrique n'était retenu.

Selon le service de réadaptation professionnelle, l'état de santé de l'assuré ne permettait pas, à ce jour, d'envisager un avenir professionnel.

65. Le 8 décembre 2014, le Dr I_____ a estimé que l'activité d'agent d'accueil était exigible depuis janvier/février 2015, selon le rapport de la CRR et qu'il souhaitait revoir le dossier mi-janvier 2015.
66. Le 9 décembre 2014, le Dr N_____ a attesté d'un diagnostic d'algoneurodystrophie du genou droit au-décours et du fait qu'une reprise de travail même partielle au 12 mai 2014 était inadéquate.
67. Le 10 décembre 2014, le Dr N_____ a contacté la SUVA et indiqué que manquaient des éléments importants dans les diagnostics relevés par la CRR dans le compte rendu d'hospitalisation, une capacité de travail de 25 % pourrait être envisageable.
68. Le 12 décembre 2014, le Dr N_____ a écrit à la CRR que le diagnostic d'algodystrophie post-traumatique au-décours et d'amyotrophie du quadriceps et ischiojambiers, ainsi qu'un syndrome lombovertébral secondaire à la marche avec une canne et une symptomatologie de la cuisse droite ne ressortaient pas suffisamment bien du rapport de la CRR.
69. Le 18 décembre 2014, l'assuré a écrit à l'OAI qu'il n'avait pas tenu compte de ses observations ni de l'avis du Dr N_____ ; la CRR avait estimé que l'incapacité de travail perdurait en tous les cas jusqu'au 20 décembre 2014. L'OAI a communiqué cette écriture à la chambre de céans le 22 décembre 2014.
70. Le 16 janvier 2015, l'assuré, représenté par une avocate, a recouru (cause A/188/2015) à l'encontre de la décision de l'OAI du 27 novembre 2014 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et mise en œuvre de mesures de réadaptation.

La position de l'OAI quant à une capacité de travail totale dès le 12 mai 2014 était contredite par les médecins traitants; le rapport médical sur lequel l'OAI s'était fondé n'avait pu être versé au dossier; une expertise était nécessaire; il avait subi une rupture partielle du ligament du genou droit, puis une lésion méniscale du même genou, puis des troubles de type phlébite ayant retardé la rééducation, puis une algoneurodystrophie post traumatique et des troubles à la hanche et au dos. Dans ces conditions, une reprise de travail à 100 % le 12 mai 2014 était

impossible. Le Dr H_____ avait d'ailleurs évoqué le 18 décembre 2013 une période de 6 à 9 mois pour retrouver un genou correct, et la SUVA continuait de verser ses prestations. Quant aux mesures proposées, elles étaient prématurées; son état n'étant pas encore stabilisé, l'OAI devait, en cas d'incapacité à exercer l'activité antérieure, examiner quelle mesure d'ordre professionnelle pourrait être mise en place. Le droit à la rente était subsidiaire aux mesures de réadaptation.

71. Une note téléphonique du dossier SUVA du 16 mars 2015 fait état d'une conversation entre les Drs I_____ et N_____ ; celui-ci estimait qu'une reprise de travail à temps partiel serait probablement envisageable.
72. Le 17 mars 2015, Le Dr U_____ du SMR a estimé qu'il n'existait pas de motif médical susceptible de modifier les conclusions du SMR, soit une aptitude à la réadaptation à 100 % en février 2014.
73. Le 17 mars 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours; il n'y avait pas d'importantes contradictions au niveau des diagnostics ou observations cliniques; il n'y avait pas de droit non plus à des mesures d'ordre professionnelles.
74. Le 26 mars 2015, le docteur V_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, médecin de la SUVA, a rendu un rapport suite à l'examen de l'assuré du 23 mars 2015.

L'assuré se plaignait de douleurs au genou avec gonflement occasionnel; il utilisait à l'extérieur toujours des béquilles.

Il a posé le diagnostic d'entorse du ligament latéral interne compliqué d'une algodystrophie post-traumatique sans évolution favorable

Les lombalgies étaient sans rapport avec l'accident.

Le cas était stabilisé et à ce jour, la capacité de travail était totale dans une activité adaptée, en position assise ou debout, en permettant de courts déplacements, sans monter d'escaliers/échelles, sans s'agenouiller, ni porter des charges de plus de 15 kg.

L'ancienne activité de surveillant, exercée essentiellement en position debout n'était plus exigible actuellement.

75. Le 14 avril 2015, E_____ Sàrl a écrit à l'assuré qu'elle ne pouvait pas lui fournir un travail de télésurveillance qui n'existait pas, ni d'agent de sécurité et en raison de la nécessité de le déplacer.
76. Le 15 avril 2015, le Dr N_____ a rendu un avis selon lequel la SUVA n'avait pas, malgré sa demande, examiné la possibilité d'une reprise à 50 % dans une activité adaptée de l'entreprise. Il a contacté la SUVA par téléphone pour indiquer qu'il existait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée.
77. Le 16 avril 2015, le Dr K_____ a attesté de persistance de douleurs et limitations fonctionnelles du genou droit, associé à des douleurs lombaires ; la capacité de travail était de 40 % mentionnée au début dans une activité adaptée.

78. Le 20 avril 2015, dans le cadre de la procédure AI A/188/2015, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. Le recourant a déclaré : « J'ai actuellement toujours des problèmes au genou, au dos et à la hanche. Je dois en permanence me déplacer avec des béquilles. Trois à quatre mois après l'accident, j'ai commencé à souffrir de problèmes au dos et à la hanche, en raison de la marche avec des cannes. (...) Je m'estime capable de travailler dans une activité en position assise, mais pas à 100 %, au plus à 40% ou à 50 %, comme les médecins-traitants l'ont attesté. (...) J'ai été opéré en septembre 2013 et la rééducation n'a pu débuter qu'en janvier 2014, car j'ai eu des problèmes de phlébite. Les trois premiers médecins que j'ai consultés n'ont pas diagnostiqué l'algoneurodystrophie dont je souffrais, de sorte que j'ai débuté une rééducation qui était trop intense par rapport à mon problème, ce qui l'a vraisemblablement aggravé. Le diagnostic a finalement été posé en septembre 2014 par le quatrième médecin que j'ai consulté, soit le Dr W_____. Le médecin de la SUVA n'avait pas non plus vu ce diagnostic. (...). Je précise qu'auparavant je travaillais à 130 % et que je suis prêt à débiter un nouveau travail adapté, dès que possible. ».

Le représentant de l'OAI a déclaré : « J'estime qu'une instruction complémentaire dans ce dossier n'est pas adaptée et que la capacité de travail dans une activité adaptée est confirmée dès le 15 février 2014. Je relève que la SUVA tient uniquement compte de la capacité de travail dans l'activité habituelle, alors que nous nous fondons sur une capacité de travail dans une activité adaptée. ».

79. Par ordonnance du 21 avril 2015, la chambre de céans a ordonné la production du dossier SUVA.
80. Le 22 avril 2015, l'assuré a requis une expertise judiciaire rhumatologique et indiqué que le docteur V_____ considérait son état comme stabilisé au 23 mars 2015 et que selon le Dr N_____, seule une activité de 40 % à 50 % était exigible.
81. Le 29 avril 2015, le Dr V_____ a rendu une appréciation médicale selon laquelle la reprise de l'activité professionnelle était exigible dès le 23 mars 2015.
82. En mai 2015, E_____ Sàrl a indiqué à la SUVA que l'assuré gagnerait CHF 23.-/heure et CHF 25.80/heure de nuit en 2015.
83. Le 2 mai 2015, l'assuré a requis de la SUVA une détermination du médecin-conseil sur sa capacité de travail dès le 23 mars 2015 avec un examen concernant les affections aux hanches et au dos ; il indiquait avoir sollicité un avis complémentaire de la CRR.
84. Le 8 mai 2015, l'assuré a demandé que le médecin-conseil de la SUVA l'examine également au niveau de son dos et de ses hanches, les affections touchant ces parties étant clairement en relation avec l'accident.
85. Le 18 mai 2015, le Dr X_____ du SMR a estimé que les Drs N_____ et K_____ ne justifiaient pas une limitation de la capacité de travail ; compte tenu de la survenance d'une neuroalgodystrophie après l'appréciation du SMR, l'assuré

était apte au travail seulement dès le 23 mars 2015, selon l'avis du Dr V_____.

86. Le 19 mai 2015, le recourant a observé que les Drs K_____ et N_____ contestaient une capacité de travail de 100 % ; la SUVA avait omis d'instruire les affections aux hanches et au dos, liées à l'accident et il lui avait été demandé de le faire.

La suspension de la procédure était sollicitée, dans l'attente de l'issue de la procédure LAA.

87. Une note téléphonique de la SUVA du 20 mai 2015 fait état d'un avis du Dr N_____ selon lequel l'exigibilité du médecin d'arrondissement n'était pas possible. L'assuré ne pouvait reprendre le travail qu'à 50 % pour commencer pour un à deux mois.

88. Le 20 mai 2015, l'OAI a conclu à l'admission partielle du recours et à l'octroi d'une rente à 100 % du 1^{er} mai 2014 au 30 juin 2015.

89. Le 20 mai 2015, le Dr N_____ a prescrit une reprise du travail à 50 % dans une activité adaptée (position assise, debout brièvement et marche sans charge).

90. Le 22 mai 2015, E_____ Sàrl a indiqué à la SUVA qu'en 2015 l'assuré aurait été payé CHF 23.- de l'heure et CHF 25.80 de l'heure de nuit.

91. Le 26 mai 2015, le Dr I_____ a estimé que l'IRM du 2 juillet 2013 avait démontré un état dégénératif de la colonne préalable à l'accident; une évaluation du dos et des hanches avait été faite en 2014 à l'agence et par la CRR ; la discopathie dégénérative débutante n'était pas à la charge de la SUVA ; il n'avait pas le droit à une IPAI.

92. Le 3 juin 2015, le docteur Y_____, neurologue FMH, a rendu un avis à la suite de la consultation de l'assuré du 2 juin 2015. Il posé les diagnostics de syndrome douloureux chronique locorégional complexe : très probable algoneurodystrophie de type I du membre inférieur droit, douleurs chroniques lombaires et cervicales dans le contexte de troubles dégénératifs possiblement décompensés dans le cadre de douleurs du membre inférieur droit, surcharge pondérale.

93. Le 9 juin 2015, le Dr I_____ a indiqué qu'il ne modifiait pas sa position.

94. Le 15 juin 2015, D_____ AG a indiqué à la SUVA qu'au vu de l'exigibilité fixée par le Dr N_____, aucun poste de travail adapté n'était disponible.

95. Le 15 juin 2015, la SUVA a écrit à l'assuré que les frais de traitement n'étaient plus pris en charge, le traitement n'apportant plus d'amélioration significative de l'état de santé; l'indemnité journalière était due jusqu'au 30 septembre 2015.

96. Le 16 juin 2015, la SUVA a informé l'assuré qu'elle persistait à refuser la prise en charge des troubles du dos qui n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident.

97. Le 16 juin 2015, à la demande de la chambre de céans, la SUVA a versé les dernières pièces de son dossier dans le dossier AI.
98. Le 18 juin 2015, l'assuré a requis de la SUVA la continuation de la prise en charge des traitements de son genou.
99. Le 19 juin 2015, la SUVA a répondu qu'elle allait soumettre le cas à son service médical.
100. Le 23 juin 2015, le Dr I_____ a rendu une appréciation médicale selon laquelle des séances de physiothérapie et des médicaments antidouleurs pour les soins du genou droit étaient à charge de la SUVA.
101. Le 24 juin 2015, le Dr N_____ a attesté que l'assuré n'arrivait pas à se passer de cannes, ce qui avait engendré une nette perturbation de la stabilité en position debout et de la démarche, expliquant les dorsolombalgies de sorte que le traumatisme du genou était indirectement responsable de la symptomatologie dorsolombaire. Les quelques lésions dégénératives n'expliquaient pas les symptômes.
102. Le 2 juillet 2015, l'assuré a observé que le Dr N_____ l'estimait capable de travailler à 50 % dans une activité adaptée et que la marche avec deux cannes avait entraîné une nette perturbation de la statique en position debout et de la marche, qu'il avait contesté la décision de la SUVA de cesser la prise en charge de son traitement du genou au 15 juin 2015, et qu'il convenait d'attendre la décision de la SUVA, l'OAI se basant exclusivement sur les constatations médicales de celle-ci.
103. À la demande de la chambre de céans, (cause A/188/2015) le Dr N_____ a indiqué le 8 juillet 2015 qu'il avait préconisé une reprise de travail thérapeutique à 50 % le 20 mai 2015, mais non pas à 100 %. S'agissant des limitations fonctionnelles, il persistait une amyotrophie de 2 cm (membre inférieur droit), l'assuré marchait avec deux cannes en raison d'une appréhension de lâchage du genou droit et d'une fixation sur ce point en raison de son poids (132 kg) ; une activité sédentaire était possible à 50 %, à réévaluer à la hausse, dans le temps ; les circonstances de l'accident, la durée de l'arrêt de travail, les multiples composantes du diagnostic concernant le genou (lésion du LLI suivie d'une algoneurodystrophie) associée à une compréhension incertaine, au départ, des symptômes ressentis par l'assuré au niveau de son genou et de ses lâchages, avaient entretenus une sinistrose qui rendaient le pronostic à ce jour que moyennement favorable.
104. Le 28 juillet 2015, D_____ a attesté que l'assuré gagnerait en 2015 CHF 4'395.- x 13.
105. À la demande de la chambre de céans, la SUVA a indiqué, le 18 août 2015, que l'instruction médicale était terminée et qu'il allait être procédé à l'examen du droit à une éventuelle rente d'ici fin septembre 2015.

106. Le 26 août 2015, l'assuré a transmis à la SUVA les pièces suivantes :

- un rapport du Dr Z_____, médecin adjoint agrégé au service de rhumatologie des HUG du 2 juillet 2015 selon lequel il avait vu l'assuré le 30 juin 2015 et posé le diagnostic de syndrome lombo-vertébral chronique, douleurs persistantes du genou droit dans un contexte d'entorse sévère du ligament collatéral médial en 2013 compliquées d'un CRPS. Il présentait deux douleurs invalidantes, celle du genou droit, clairement en lien avec l'accident de 2013 mais avec, semblait-il, un conflit sur la persistante ou non d'un CRPS en 2015 et un syndrome lombo-vertébral sans élément pour une lombalgie spécifique. Parmi les facteurs déclencheurs possibles, on retenait la marche à l'aide de béquilles depuis deux ans et la boiterie induite par les douleurs du genou. Actuellement les douleurs lombaires étaient présentes depuis plus de dix-huit mois et les facteurs de chronicité étaient extrêmement nombreux avec, outre les éléments psychologiques, un contexte de conflits asséurologiques multiples. Il proposait une évaluation multidisciplinaire aux HUG.
- une photographie de ses genoux.

L'assuré a observé qu'il n'avait pas pu débiter l'évaluation multidisciplinaire puisque la SUVA refusait la prise en charge du traitement ; compte tenu de l'état de son genou qui présentait des épisodes de douleurs aiguës avec rougeurs et gonflements il ne pouvait travailler à plus de 50 % ; enfin il réitérait sa demande de suspension de la procédure dans l'attente de la décision de la SUVA.

107. Le 28 août 2015, l'assuré a versé, dans le dossier AI, les pièces susmentionnées.

108. Le 7 septembre 2015, le Dr X_____ du SMR a rendu un avis selon lequel le Dr Z_____ insistait sur des facteurs psycho-sociaux, le Dr N_____ ne justifiait pas une capacité de travail de 50 % et le Dr Y_____ relevait le côté subjectif des douleurs alléguées, de sorte que l'influence des éléments psycho-sociaux et subjectifs était confirmée.

109. Le 9 septembre 2015, le Dr N_____ a attesté d'un arrêt de travail de 100 % du 31 août au 30 septembre 2015.

110. Le 15 septembre 2015, l'OAI a maintenu ses conclusions.

111. Le 22 septembre 2015, les Drs I_____ et V_____ ont rendu une appréciation médicale selon laquelle, sur le plan purement objectif, les anomalies observées à l'IRM de la colonne vertébrale étaient liées à une pathologie dégénérative, sans lien avec l'accident et très probablement en lien avec l'obésité sévère ; une activité accessoire d'agent de sécurité n'était pas exigible mais une activité accessoire adaptée pourrait l'être, sous réserve du respect du cadre légal.

112. Le 25 septembre 2015, la SUVA a effectué une recherche de postes de travail et en a sélectionné 204, dont le salaire minimal était de CHF 42'900.- et le salaire maximal de CHF 72'800.-, la moyenne des salaires moyens étant de CHF 55'265.-. Cinq descriptions de postes de travail étaient retenus, soit

collaborateur de production sur machines automatiques pour un salaire moyen de CHF 54'900.- ; huissier pour un salaire moyen de CHF 55'900.- ; employé de commerce, papier, emballage pour un salaire moyen de CHF 57'326.- ; secrétaire, chef de bureau pour un salaire moyen de CHF 59'950.- ; boîtier-polisseur dans l'horlogerie pour un salaire moyen de CHF 61'750.-. La moyenne des salaires moyens était de CHF 57'965.20.

113. Dans une appréciation du 28 septembre 2015, le Dr I_____ a estimé qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 % pouvait être allouée, par analogie avec la prévision d'un état durable pour son genou droit (taux inférieur d'une arthrose fémoro-tibiale moyenne), compte tenu d'une persistance des douleurs du genou, d'une amyotrophie et d'un diagnostic d'algoneurodystrophie évoqué sans certitude.
114. Par courriels du 29 septembre 2015, D_____ a indiqué à la SUVA, à la demande de celle-ci, qu'un collègue de l'assuré avait effectué pour l'année 2015 82 heures supplémentaires et que le taux horaire était de CHF 25.36 x 125 % = CHF 31.70.
115. Le 30 septembre 2015, la SUVA a calculé le degré d'invalidité de l'assuré à 4 % en se basant sur un revenu sans l'accident de CHF 64'787.-, soit CHF 59'734.40 chez D_____ (4'395 x 13 + 82h x CHF 31.70) et CHF 5'055.55 chez E_____ Sàrl, ainsi qu'un revenu d'invalidé de CHF 62'163.-, soit une moyenne de revenus issu des DPT, de CHF 57'965.-, augmentée d'une activité accessoire de CHF 4'198.- (fondée sur l'ESS 2012, adaptée à 2015 et à l'horaire hebdomadaire de travail de 41,7 h, puis rapportée à 3,5h effectuées en moyenne par l'assuré).
116. Par décision du 1^{er} octobre 2015, la SUVA a alloué à l'assuré un IPAI de 5 % ; elle a constaté que les séquelles de l'accident n'empêchaient pas l'assuré de travailler dans des activités sur sol plat, permettant d'alterner des positions assise et debout et sans port de charges supérieures à 15 kg, comme celles de l'industrie ou du commerce (petite mécanique, travaux de tri ou de contrôle de produits manufacturés, surveillance de machines ou d'installations, etc) ; l'assuré pourrait réaliser un salaire de CHF 62'163.- ; comparé au gain sans invalidité de CHF 64'787.-, il en résultait une perte de 4 %.
117. Le 20 octobre 2015, l'OAI a maintenu sa position.
118. Le 20 octobre 2015 l'assuré a requis la suspension de la procédure AI jusqu'à droit jugé dans la procédure LAA, une opposition étant formée à l'encontre de la décision de la SUVA du 1^{er} octobre 2015.
119. Le 2 novembre 2015, le recourant a fait opposition à la décision de la SUVA du 1^{er} octobre 2015. Il fait valoir que son état de santé n'est pas stabilisé ; ses médecins traitants contestaient l'avis du Dr V_____ concluant à une capacité de travail entière dès le 23 mars 2015 ; son genou était parfois très gonflé ce qui l'empêchait de travailler ; il présentait des douleurs au dos et aux hanches dues à la boiterie et à la marche avec des cannes ; une activité à 100% n'était pas exigible mais seulement à 50 %. Un revenu d'invalidé de CHF 62'163.- était irréaliste ; le

revenu sans invalidité étant de CHF 64'787.- au total, soit tant pour son activité auprès de D_____ à 100 %, payée CHF 54'600.-, que celle auprès de E_____ Sàrl pour un taux de 20% environ ; il n'avait aucune formation et sa réinsertion était donc particulièrement compliquée ; un salaire à 100 % de CHF 62'163.- était irréaliste. Compte tenu d'un salaire avec invalidité à 50 % de CHF 27'300.- par année, le degré d'invalidité était de 58 % ; enfin, l'IPAI devait être d'au moins 15 % pour le genou et augmentée à 20 % compte tenu des douleurs dorso-lombaires.

Il a conclu principalement à l'annulation de la décision du 1^{er} octobre 2015, à la constatation d'un état de santé non stabilisé, à une capacité de travail de 50 % ainsi qu'à la poursuite de l'indemnité journalière au-delà du 30 septembre 2015, subsidiairement au versement d'une rente d'invalidité fondée sur un degré de 58 % et d'une IPAI de 20 %.

120. Le 5 novembre 2015, l'OAI s'en est rapporté à justice sur la question de la suspension de la procédure AI.
121. Par arrêt incident du 14 décembre 2015 (ATAS/965/2015), la chambre de céans a suspendu la cause AI (A/188/2015) dans l'attente de l'issue de la procédure LAA.
122. Par décision du 12 février 2016, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré ; Les Drs V_____, I_____ et Q_____ avaient estimé que les anomalies radiologiques (rachis lombaire et bassin) étaient liées à une pathologie purement dégénérative sans lien avec l'accident et que le syndrome lombo-vertébral était probablement en lien avec l'obésité sévère, de sorte que la responsabilité de la SUVA n'était pas engagée pour les douleurs du recourant au rachis lombaire et aux hanches ; l'état de santé était stabilisé au 30 septembre 2015, le recourant ne bénéficiant que d'une thérapie de soutien ; La SUVA avait fourni cinq descriptions de poste de travail (DPT) compatibles avec les limitations fonctionnelles du recourant. Ces places de travail mettaient en évidence un gain réalisable de CHF 57'965.20 en 2015 ; l'exercice d'une activité professionnelle accessoire adaptée ne se heurtant pas à des contre-indications médicales, il convenait d'ajouter la somme de CHF 4'198.-, de sorte que le revenu annuel d'invalidé de l'assuré était de CHF 62'163.-, lequel correspondait par ailleurs au revenu issu de l'ESS 2012, adapté à l'année 2015.

Le degré d'invalidité était de 4 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

S'agissant de l'IPAI, le taux inférieur d'une arthrose fémoro-tibiale moyenne (Table de la SUVA) avait été appliqué par le Dr I_____ et aucun argument médical concret ne permettait de s'en écarter.

123. Le 16 mars 2016, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru (cause A/882/2016) auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée en concluant à son annulation et à la condamnation de la SUVA à lui verser une rente de 58 % depuis le 1^{er} octobre 2015, fondée sur une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée et une IPAI de 20 % ; préalablement, il a requis son audition, celle de Mme AA_____ et du

Dr N_____, ainsi que l'ordonnance d'une expertise, laquelle était nécessaire ; il ne contestait plus la stabilisation de son état de santé ; son genou était douloureux et parfois très gonflé, ce qui l'empêchait lors de ces épisodes d'exercer une activité professionnelle ; les douleurs au dos et aux hanches étaient en lien avec la boiterie et la marche avec des cannes ; une activité à plus de 50 % était dès lors exclue.

Le revenu d'invalidé de CHF 62'163.- était surévalué car son ancienne activité auprès de D_____ lui rapportait un salaire de CHF 54'600.- ; il était d'ailleurs toujours sous contrat avec cette entreprise. Le revenu d'invalidé était de CHF 54'600.-, soit de CHF 27'300.- compte tenu d'une activité à 50 % seule possible ; le revenu sans invalidité était de CHF 64'787.- ; le degré d'invalidité était donc de 58 %.

Enfin, souffrant d'une algodystrophie, une IPAI de 15 % était justifiée, augmentée à 20 % en raison des atteintes dorso-lombaires.

124. Le 14 avril 2016, la SUVA a conclu au rejet du recours au motif qu'aucun élément médical ne remettait en cause l'appréciation de ses médecins-conseils ; l'utilisation de cannes anglaises n'était pas motivée par le Dr N_____, de sorte que l'avis de celui-ci ne permettait pas d'admettre une relation de causalité entre les douleurs dorso-lombaires et l'accident ; il convenait d'apporter le dossier AI à la procédure LAA.
125. Le 18 avril 2016, le recourant a transmis un courrier du 12 avril 2016 de D_____ attestant qu'en 2016 les superviseurs/team leaders, comme le recourant percevaient un salaire de CHF 4'600.- x 13.
126. Le 9 mai 2016, le recourant a acquiescé au versement du dossier AI dans le dossier LAA.
127. Par ordonnance du 12 mai 2016, la chambre de céans a ordonné l'apport du dossier AI (procédure A/188/2015).
128. Le 19 mai 2016, le docteur AB_____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, a rendu, à la demande d'Helsana, une expertise.

L'assuré se plaignait de douleurs au niveau de la fesse gauche, exacerbées en charge, de cervicalgies irradiant sur les épaules ainsi que d'une douleur continue au genou droit, avec des phénomènes de lâchage, une tuméfaction récurrente avec rougeur et chaleur et une tuméfaction au niveau du dos du pied droit survenant lors de charges prolongées ; il revendiquait un état dépressif avec trouble du sommeil, ruminations, sentiment d'anxiété, sans vision d'avenir, un ralentissement et un état de fatigue générale, des vertiges avec nausées ; l'assuré avait pris 20 kg depuis l'accident.

Il a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail de : gonalgie droite séquellaire sur status après déchirure partielle de ligament latéral interne, secondaire à un accident de motocyclette du 18 avril 2014, status après

arthroscopie diagnostic et toilette articulaire du 13 septembre 2013, status après algoneurodystrophie (CRPS) et sans répercussion sur la capacité de travail de : syndrome cervico-lombaire algiques d'origine musculo-squelettique, discrète discopathie L4-L5, trouble statique, dysbalance et déconditionnement physique global, obésité de classe II (BMI 35.2), comportement anormal de la maladie avec réaction exagérée à la douleur (majoration subjective des plaintes), état de stress post-traumatique F41.3 et épisode dépressif moyen avec syndrome somatique F33.2.

L'examen ostéo-articulaire était rassurant ; il n'y avait pas d'argument clinique pour un processus de type algoneurodystrophie ; on retenait selon les documents radiologiques de septembre 2015 une régression radiologique des signes d'algoneurodystrophie et l'absence de pathologie ostéo-articulaire significative aux dépens du rachis lombaire ou cervical pouvant être à l'origine d'une incapacité de travail de longue durée. L'ensemble de la symptomatologie douloureuse chronique mis en avant par l'assuré, l'impotence fonctionnelle majeure revendiquée de même que le handicap ne pouvaient être corrélés à une atteinte biomécanique objectivable sur le plan clinique. La persistance de plaintes algiques invalidantes, l'absence d'évolution favorable malgré les différents traitements physiques et médicamenteux instaurés s'inscrivaient dans un processus de comportement anormal (réaction pathologique) à la douleur avec une composante de majoration subjective des plaintes. Les atteintes ostéo-articulaires objectivées chez l'assuré étaient responsables de limitations fonctionnelles induisant une incapacité de travail dans ses activités antérieures, comme déjà établie par les différentes évaluations de la SUVA.

Toute forme d'activité adaptée de type sédentaire ou semi-sédentaire respectant les limitations fonctionnelles par rapport aux stations en charge prolongées, la montée ou la descente d'escaliers, les positions accroupies ou en genuflexion de même que le port de charge au-delà de 15 kg étaient possibles sur le plan médico-théorique à un taux de 100 % sans diminution de rendement. Une telle capacité de travail était possible depuis au moins le jour de cette expertise et vraisemblablement depuis les derniers examens radiologiques réalisés en septembre 2015.

L'incapacité de travail à 100 % toujours revendiquée par l'assuré n'avait pas de fondement biomécanique actuellement, que ce fut en relation avec une maladie ou secondaire à l'accident de 2013.

L'expert a relevés les limitations fonctionnelles suivantes : activités sédentaires ou semi-sédentaires à faible charge physique permettant des variations de position assise/debout de préférence à la guise de l'assuré, limitant les périodes statiques debout prolongées ou en mouvement de même que les montées ou descentes d'escaliers à répétition, les activités sur échelle, en genuflexion ou accroupie à répétition et le port de charge supérieure à une quinzaine de kilos de façon répétitive.

Au vu de la désinsertion socio-professionnelle depuis actuellement trois ans, du conflit asséurologique au décours et du comportement anormal de la maladie avec réaction exagérée à la douleur, une reprise d'activité professionnelle progressive dans un premier temps à 50 % était préconisée, de même que la mise en place de mesures de reconditionnement dans un milieu spécialisé pluridisciplinaire.

Enfin, une expertise psychiatrique était suggérée.

129. Le 30 juin 2016, la SUVA a observé que les conclusions des Drs I_____ et V_____ n'étaient contredites par aucune pièce au dossier et qu'elles rejoignaient celles du docteur AB_____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, ce dernier ayant effectué une expertise, mandaté par l'Helsana ; par ailleurs, il n'existait pas de relation de causalité entre les éventuelles affections psychiques du recourant et l'accident, celui-ci étant de gravité moyenne, sans circonstances dramatiques, sans avoir provoqué de lésions physiques particulières, ni erreur médicale ou complication importante. Quant aux douleurs persistantes et à la longueur de l'incapacité de travail, il ne s'agissait pas de critères pertinents car des facteurs d'inorganicité influençaient l'état de santé.

Le revenu sans invalidité n'était pas contesté ; quant au revenu avec invalidité, il était établi selon les DPT et augmenté d'un gain accessoire exigible ; la situation ne lui serait pas plus favorable si le calcul était effectué selon l'ESS 2012, Tableau TA1, niveau de qualification 7, avec une déduction de 10 %, lequel aboutissait à un revenu de CHF 60'021.-.

Enfin, s'agissant de l'IPAI, l'évaluation du Dr I_____ n'était pas valablement remise en cause.

130. Le 15 août 2016, le recourant a répliqué en relevant que l'atteinte au genou droit impliquait l'utilisation de cannes anglaises, contrairement à l'avis de la SUVA et les troubles dorsolombaires étaient en lien de causalité avec l'accident ; il existait une importante discrédance entre les avis des médecins de la SUVA, y compris le Dr AB_____ et les médecins traitants, une expertise orthopédique et psychiatrique était justifiée ; même en admettant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, le revenu avec invalidité serait de CHF 4'350.- x 13 = CHF 56'550.- ; quant au revenu sans invalidité, compte tenu des dernières informations fournies par ISS, il était de CHF 65'800.- (4'600.- x 13 + CHF 6'000.-), de sorte qu'une rente d'invalidité était due sur la base d'un degré d'invalidité de 14 %.
131. Le 1^{er} septembre 2016, la SUVA a dupliqué ; les troubles dorsolombaires n'entraînaient aucune répercussion sur la capacité de travail, comme l'attestait l'expertise du Dr AB_____ ; les douleurs n'étaient pas objectivées et les séquelles objectives ne commandaient pas l'utilisation de cannes ; quant aux troubles psychologiques, ils n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident, l'augmentation de salaire de 2016 n'avait pas à être prise en compte puisque la

comparaison des revenus s'effectuait en 2015 ; quant au revenu d'invalidé, il ne pouvait être inférieur à celui issu des ESS 2012 de CHF 60'021.-.

132. Sur quoi 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) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

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

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur le taux de capacité de travail de celui-ci et sur le calcul du revenu d'invalidé ainsi que sur le taux de l'IPAI.

5. 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).

6. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit

que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

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

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

7. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire

(statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

8. a) Les notions de syndrome douloureux régional complexe (CRPS - Complex regional pain syndrome en anglais), algodystrophie ou maladie de Suedeck désignent, en médecine, un état maladif post-traumatique, qui est causé par un traumatisme bénin, qui se transforme rapidement en des douleurs importantes et individualisées avec des sensations de cuisson, qui s'accompagnent de limitations fonctionnelles de type moteur, trophique ou sensori-moteur. Toute une extrémité ou une grande partie d'une zone du corps est touchée. Les causes peuvent non seulement être une distorsion d'une articulation mais aussi, par exemple, un infarctus. La discordance entre le traumatisme à l'origine, qui peut en réalité être qualifié de bagatelle, et les conséquences est importante. L'étiologie et la pathogenèse de ce syndrome ne sont pas claires. C'est pourquoi, selon la jurisprudence, pour qu'un tel syndrome puisse constituer la conséquence d'un accident, les trois critères suivants doivent être réalisés. a) la preuve d'une lésion physique (comme par exemple un hématome ou une contusion) après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident; b) l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (comme par exemple : état après infarctus du myocarde, après apoplexie, après ou lors de l'ingestion de barbituriques, lors de tumeurs, de grossesses; etc.) et une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines (arrêts du Tribunal fédéral 8C_871/2010 du 4 octobre 2011 consid. 3.2 et 8C_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1 in SVR 2010 UV n° 18 p. 69).

b) En présence d'une boiterie ou d'un raccourcissement de la jambe, on ne peut nier le lien avec les douleurs, en cas de mauvais point d'appui, sans examen du cas concret et en se référant seulement aux études scientifiques. En effet, il existe des cas où il est prouvé qu'un mauvais point d'appui dû à un accident peut entraîner des douleurs lombaires comme cela a été jugé à plusieurs reprises par le Tribunal fédéral des assurances (voir RAMA 2003 n° U 38/01 p. 337 consid. 5.5.2).

9. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi

des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références).

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

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

Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de

gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique.

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

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

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb).

10. 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).

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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 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).

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité

de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que 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 suffisants 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 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

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).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement

vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

11. 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).
12. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante correspond à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

13. a) Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire,

eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

b) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

14. a) Selon l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). 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). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 128 V 29 consid. 1 p. 30; voir également SVR 2010 IV n° 11 p. 35 [9C_236/2009] consid. 3.1). Selon la jurisprudence, la diminution de la capacité de gain doit être déterminée de la manière la plus concrète possible. Aussi, le revenu d'invalide doit-il être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée (ATF 135 V 297 consid. 5.2 p. 301; 129 V 472 consid. 4.2.1 p. 475 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C 606/2014 du 26 août 2015).

b) Selon l'art. 19 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. Le droit à la rente s'éteint lorsque celle-ci est remplacée en totalité par une indemnité en capital, lorsqu'elle est rachetée ou lorsque l'assuré décède. 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.

c) Selon l'art. 28 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) chez les assurés qui exercent simultanément plusieurs activités salariées, le degré d'invalidité est déterminé en fonction de l'incapacité subie dans l'ensemble de ces activités. Si en plus d'une activité salariée, l'assuré exerce une activité lucrative indépendante non assurée en vertu de la loi ou une activité non rémunérée, l'incapacité subie dans cette activité n'est pas prise en considération.

Selon la jurisprudence, qui prévaut notamment en matière d'assurance-accidents, tant les revenus tirés d'une activité principale que les revenus obtenus dans l'exercice d'activités accessoires sont pris en compte dans la fixation du revenu sans invalidité, si l'on peut admettre que l'intéressé aurait, selon toute vraisemblance, continué à percevoir des gains accessoires s'il était resté en bonne santé. La prise en compte de ces gains accessoires intervient sans égard au rendement et au temps consacré pour leur obtention. Elle s'étend donc aux revenus obtenus dans une activité accomplie en supplément d'un emploi exercé dans les limites d'un horaire de travail normal. A la différence du revenu d'invalidité, la question de l'exigibilité ne joue pas de rôle pour la détermination du revenu sans invalidité. Pour savoir si un revenu accessoire doit être pris en compte, seul est décisif le lien entre l'atteinte à la santé et la cessation de l'activité s'y rapportant (arrêts U 66/02 du 2 novembre 2004 consid. 4.1.2, in RAMA 2005 n° U 538 p. 112, U 130/02 du 29 novembre 2002 consid. 3.2.1, in RAMA 2003 n° U 476 p. 107, 8C_676/2007 du 11 mars 2008 et 8C_452/2009 du 26 janvier 2010 consid. 4.3 et les références ; 8C 897/2011 du 22 novembre 2012).

15. En l'espèce, l'intimée a retenu que le recourant était apte à exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à 100 %, en se fondant sur l'expertise de la CRR du 28 novembre 2014 ainsi que sur l'avis de ses médecins-conseils, les Drs I_____ et V_____, confirmés, selon elle, par l'expertise du Dr AB_____ du 19 mai 2016. Le recourant conteste cette appréciation en se prévalant des avis de ses médecins traitants, notamment celui du Dr N_____ - lequel estimait sa capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée - et requiert l'ordonnance d'une expertise orthopédique, rhumatologique et psychiatrique.

Le dossier comprend un examen par le Dr V_____ du 23 mars 2015 ainsi qu'une appréciation médicale des Drs V_____ et I_____ du 22 septembre 2015. Ceux-ci

ont conclu à un diagnostic d'entorse du ligament latéral interne compliqué d'une d'algodystrophie et d'un syndrome lombo-vertébral sans lien avec l'accident. Ils ont estimé que le cas était stabilisé et que l'ancienne activité principale et accessoire n'était plus exigible ; une activité adaptée était possible à 100 %, soit une activité réalisée à sa guise en position assise ou debout, permettant de courts déplacements, sans déplacement dans les escaliers ni montée d'échelle, ni agenouillement et sans port de charges supérieures à 15 kg. Une activité accessoire adaptée, en sus de l'activité principale exercée à 100 %, était également exigible, sous réserve de l'examen du cadre légal.

Le dossier comprend aussi une expertise du Dr AB_____ du 19 mai 2016 effectuée à la demande de l'assureur perte de gain. La chambre de céans constate que cette expertise remplit les réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une entière valeur probante ; l'anamnèse est complète, le dossier, notamment radiologique, a été étudié, les avis des médecins-intervenants pris en compte, tout comme les plaintes du recourant ; les diagnostics sont clairs et l'estimation de la capacité de travail est bien motivée ; cette expertise rejoint les constatations et conclusions des Drs I_____ et V_____, en ce sens que le recourant ne peut plus exercer ses anciennes activités, mais qu'il présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et cela compte tenu également du diagnostic de syndrome cervico-lombaire algique d'origine musculo-squelettique, jugé non-incapacitant ; cette capacité de travail est présente selon l'expert vraisemblablement depuis septembre 2015 (expertise du Dr AB_____ p.14). Au surplus, dans la mesure où la proposition de l'expert de reprendre une activité professionnelle d'abord à 50 %, tient compte de facteurs non assurés et en particulier qui ne sont pas directement en lien avec l'accident (désinsertion socio-professionnelle, conflit asséculo-logique, comportement anormal de la maladie avec réaction exagérée à la douleur), elle ne peut être opposée à l'intimée.

Les médecins traitants du recourant ont rendu des avis médicaux qui ne remettent pas en doute l'expertise précitée. Le Dr K_____ s'est prononcé, dans son avis du 18 avril 2015, sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, en mentionnant une capacité d'au maximum 40 %, motivée par des douleurs au genou et lombaires, ainsi que des limitations fonctionnelles du genou ; cet avis, succinct, ne permet pas de remettre en cause les constatations et conclusions du Dr AB_____. Le Dr Z_____, dans son avis du 2 juillet 2015, ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Quant au Dr N_____, il a estimé le 20 mai 2015 qu'une reprise dans une activité adaptée (assise, debout brièvement, marche sans charge) était possible à 50 % ; il a précisé, à la demande de la chambre de céans, le 8 juillet 2015, qu'il envisageait un poste sédentaire à 50 %, à réévaluer à la hausse dans le temps, qu'il persistait comme limitation fonctionnelle une amyotrophie (membre inférieur droit), et la marche avec des cannes en raison d'une appréhension de lâchage du genou droit. Cet avis ne remet pas non plus valablement en cause celui du Dr AB_____, dès lors qu'il ne

fait pas état de limitations fonctionnelles justifiant une capacité de travail réduite à 50 % et que celle-ci est d'ailleurs proposée à titre de réinsertion dans le monde de travail, une capacité de travail plus importante étant envisagée pour la suite par le Dr N_____.

Au vu de ce qui précède, une capacité de travail de 100 % du recourant dans une activité adaptée doit être reconnue depuis le 1^{er} octobre 2015, sur la base de l'expertise du Dr AB_____, laquelle rejoint les conclusions des médecins-conseils de l'intimée.

16. Le recourant soutient encore que ses douleurs au dos et aux hanches sont en relation de causalité avec l'accident et que c'est à tort que l'intimée n'en a pas tenu compte.

Le 22 septembre 2015, les Drs I_____ et V_____ ont estimé que les douleurs au dos et le syndrome lombo-vertébral étaient liés à une pathologie dégénérative et à l'obésité du recourant ; cet avis est contesté par le Dr N_____, lequel a indiqué le 12 décembre 2014 que le syndrome lombo-vertébral était secondaire à une attitude vicieuse à la marche avec une canne et, le 24 juin 2015 que la marche avec des cannes avait impliqué une nette perturbation de la statique en position debout et de la démarche, tout comme le relâchement de la ceinture abdominale, expliquant les dorsolombalgies, les quelques lésions dégénératives n'expliquant pas les symptômes ; le Dr Z_____ a aussi indiqué le 2 juillet 2015 que la persistance des douleurs au genou avait obligé le recourant à marcher avec deux cannes et que le syndrome lombo-vertébral pouvait être déclenché par la marche à l'aide de cannes et la boiterie induite par les douleurs au genou ; quant au Dr AB_____, ses constatations vont plutôt dans le sens de celles des médecins traitants dès lors qu'il a relevé un syndrome cervico-lombaire algique d'origine musculo-squelettique, en mentionnant une discrète discopathie L4-L5 et un trouble statique, dysbalance et déconditionnement physique global ; il mentionne aussi que les investigations IRM concluent à l'absence de pathologie ostéo-articulaire significative aux dépens du rachis lombaire et cervical pouvant être à l'origine d'une incapacité de travail de longue durée ; les documents radiologiques montrent une discrète discopathie L4-L5, des séquelles de maladie de Scheuermann et une rectitude du rachis cervical. La CRR (consilium de l'appareil locomoteur du 11 novembre 2014, p.3) a également relevé que la lombalgie basse était apparue trois à cinq mois après l'accident, que les anomalies dégénératives ne pouvaient pas l'expliquer et qu'elle était davantage en relation avec un trouble fonctionnel (déconditionnement).

Au vu de ce qui précède, l'avis des médecins de l'intimée n'est pas convaincant dès lors qu'il se réfère à une pathologie dégénérative, sans motiver en quoi elle explique les symptômes et a l'obésité du recourant, sans expliquer si celle-ci est survenue après l'accident ou si elle était déjà présente antérieurement. La chambre de céans retient ainsi, selon l'avis de tous les autres médecins, que les atteintes dégénératives antérieures à l'accident présentes chez le recourant n'expliquent pas le syndrome lombo-vertébral, lequel est, au degré de la vraisemblance prépondérante, en lien avec un trouble statique engendré par la boiterie, la marche

avec des cannes et le déconditionnement du recourant. Le syndrome lombo-vertébral présenté par le recourant est ainsi en lien avec l'accident et donc à la charge de l'intimée (consid. 8b).

Cela étant, aux termes de l'expertise du Dr AB_____, qui confirme à cet égard l'avis de la CRR (consilium de l'appareil locomoteur du 11 novembre 2014), cette atteinte lombaire n'a pas d'incidence sur la capacité de travail du recourant, de sorte qu'il convient de retenir que celui-ci ne présente pas, en raison de l'atteinte dorso-lombaire, de limitation fonctionnelle incapacitante en sus de celles déjà admises et qu'il est apte, depuis le 1^{er} octobre 2015, à exercer toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à 100 %.

Au vu des appréciations médicales au dossier, en particulier de l'expertise du Dr AB_____, la chambre de céans, par appréciation anticipée des preuves, renonce à toute instruction médicale complémentaire, notamment l'ordonnance d'une expertise judiciaire ou l'audition de témoins, comme sollicité par le recourant.

17. a) Le recourant ne conteste plus le fait que son état de santé est stabilisé ; en conséquence, il convient d'admettre que l'intimée pouvait, au 1^{er} octobre 2015, mettre un terme aux indemnités journalière et procéder au calcul de la rente d'invalidité.

b) S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimée l'a fixé à CHF 64'787.-, soit un revenu auprès de D_____, indexé en 2015, de CHF 59'734,40 [CHF 57'135.- (= CHF 4'395.- x 13) + CHF 2'599,40 (=82 heures supplémentaires à CHF 31,70.-/heure)] et un revenu accessoire auprès de E_____ Sàrl, indexé en 2015, de CHF 5'055,55 (recte : CHF 5'052,55) [(CHF 690.- heures normales + CHF 3'818,40 heures de nuit = CHF 4'508,40, majoré de 12,07 % (indemnité de vacances)]. Ce revenu est admis par le recourant, sous réserve du fait qu'il ne tient pas compte de l'augmentation accordée par D_____ à ses employés en 2016. À cet égard, force est de constater qu'une telle modification n'a pas à être intégrée dans le calcul du revenu sans invalidité puisque le droit à la rente d'invalidité est calculé en référence à l'année 2015. Il sera donc également, par anticipation des preuves, renoncé à l'audition de Madame AA_____, témoin annoncé par la recourante comme étant à même de prouver chez D_____ l'augmentation de salaire 2016. Le revenu sans invalidité arrêté par l'intimé sera donc confirmé, ce d'autant qu'il prend en compte à juste titre tant le salaire issu de l'activité principale du recourant que celui provenant de l'activité accessoire de celui-ci (art. 28 al. 3 OLAA)

c) S'agissant du revenu d'invalidité, l'intimée l'a fixé à CHF 62'163.-. Elle s'est pour cela fondée sur la moyenne de cinq revenus issus des descriptions de poste de travail (DPT), soit CHF 57'965.-, majorée d'un montant de CHF 4'198.- au titre de revenu d'une activité accessoire, issu du salaire statistique (ESS 2012 indexé à 2015, rapporté à un horaire hebdomadaire de travail de 41,7 heures et pris en compte à hauteur de 3,5 heures d'activité). Le recourant conteste le revenu d'invalidité ainsi calculé.

Il convient dans un premier temps d'examiner le calcul opéré par l'intimée du revenu d'invalidé issu de l'activité principale que le recourant est censé exercer à 100 %.

Le recourant conteste le montant retenu en relevant qu'il est trop élevé compte tenu du salaire qu'il réalisait antérieurement auprès de D_____ (opposition du 2 novembre 2015, p. 11 et recours, p. 18-19) et fait valoir que le salaire d'invalidé doit être de CHF 54'600.-, correspondant au salaire qu'il réalisait chez son ancien employeur. Le recourant ne conteste pas les DPT retenues par l'intimée, soit collaborateur de production, huissier, employé de commerce (papier, emballage), secrétaire (chef de bureau), et boitier-polisseur (horlogerie). Au vu des descriptions détaillées de ces postes fournies par l'intimée, il convient d'admettre que ces emplois sont compatibles avec les limitations fonctionnelles du recourant, ce que celui-ci ne conteste d'ailleurs pas.

Le salaire moyen de CHF 57'965.- issu des DPT peut ainsi être confirmé, étant relevé que le recourant ne saurait prétendre au calcul de son revenu d'invalidé basé sur un emploi auprès de D_____ dès lors qu'il est médicalement admis qu'il ne peut plus exercer une telle activité et qu'en toute hypothèse, le salaire 2015 du recourant auprès de cet employeur aurait été de CHF 59'734,40 (revenu D_____ indexé en 2015), soit un montant supérieur à celui calculé selon les DPT.

Cela étant, il n'y a pas lieu d'effectuer un calcul sur la base du salaire statistique (ESS 2012), dès lors que le calcul fondé sur les DPT peut être entièrement confirmé.

Le recourant conteste encore la prise en compte par l'intimée, au titre de revenu d'invalidé, d'une activité accessoire adaptée.

Le recourant exerçait une activité à 100 % comme assistant Team leader auprès de D_____ depuis le 1^{er} mars 2013 ainsi qu'une activité accessoire d'agent de sécurité auxiliaire à un taux d'environ 20 % pour E_____ Sàrl depuis le 25 août 2011. Il n'est pas contesté que le recourant n'est plus à même d'exercer tant son activité principale que son activité accessoire et qu'il aurait, selon toute vraisemblance, continué à percevoir les revenus accessoires auprès de E_____ Sàrl s'il était resté en bonne santé.

L'intimée se prévaut de l'avis des Drs I_____ et V_____ du 22 septembre 2015 pour estimer que le recourant serait apte à exercer une activité accessoire adaptée, en plus de l'activité principale exigible et a ajouté en conséquence un montant de CHF 4'198.- au revenu d'invalidé de CHF 57'965.-.

Cette position ne peut être suivie.

En effet, les limitations fonctionnelles reconnues par le Dr AB_____ (expertise du 19 mai 2016) et qui vont dans le sens de celles précédemment admises par les Drs I_____ et V_____ (avis des 26 mars 2015 et 22 septembre 2015) et la CRR (rapport du 28 novembre 2014), conduisent à limiter les activités possibles à celles

sédentaires ou semi-sédentaires, à faible charge physique permettant des variations de position assise/debout, de préférence à la guise du recourant, limitant les périodes statiques debout prolongées ou en mouvement de même que les montées ou descentes d'escaliers à répétition, les activités sur échelle, en genuflexion ou accroupie à répétition et le port de charges supérieures à une quinzaine de kilo de façon répétitive. Dans ce cadre, le Dr AB_____ a estimé qu'une activité à 100 % était exigible. L'intimée ne précise pas quel type d'activité accessoire, exercée en dehors des heures déjà exigées par un travail à 100 %, le recourant pourrait exercer, étant également souligné que le recourant doit se reconvertir dans une activité principale, totalement différente de l'ancienne activité, laquelle n'est plus exigible.

La chambre de céans constate que toute activité accessoire du même type que celle préalablement exercée dans le domaine de la surveillance, soit videur dans une boîte de nuit durant les week-ends et en soirées, ou sécuritas, ne peut plus du tout être exercée par le recourant ; une activité dans le domaine du nettoyage, laquelle peut aussi s'exercer en soirée, ne serait, selon toute vraisemblance, pas adaptée non plus aux limitations fonctionnelles du recourant.

On ne saurait dans ces conditions retenir que le recourant serait à même d'exercer une activité accessoire en plus d'une activité à 100 % raisonnablement exigible, compte tenu de son état de santé. La question qui devrait encore se poser mais qui peut rester ouverte est celle de l'exigibilité d'une telle activité accessoire, au regard de la loi fédérale sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce du 13 mars 1964 (LTr RS 822.11) et, en particulier de la limitation de la durée maximum de la semaine de travail (art. 9 LTr), examen que l'intimé n'a pas effectué, malgré la question posée par ses médecins-conseils (avis du 22 septembre 2015), même si une activité de seulement 3,5 heures semble avoir été prise en compte par l'intimée.

En conséquence, le revenu d'invalidité est de CHF 57'965.- et le revenu sans invalidité de CHF 64'787.-, de sorte que le taux d'invalidité est de 10,52 %, soit un taux arrondi à 11 % (ATF 130 V 121), lequel ouvre le droit à une rente d'invalidité du même taux.

18. Le recourant conteste le montant de l'IPAI arrêté à un taux de 5 % et sollicite le versement d'une IPAI de 20 % pour tenir compte de l'atteinte au genou et des douleurs dorso-lombaires.

L'intimée s'est fondée sur l'avis du Dr I_____ du 28 septembre 2015 pour fixer le taux de l'IPAI à 5 %, lequel a été évalué selon le tableau 5 – arthrose fémoro-tibiale moyenne – des tables de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA de l'intimée. Cette appréciation n'est contestée par aucun autre avis médical ; en particulier, questionné par la chambre de céans (courrier du 22 juin 2015) sur l'évaluation du taux de l'IPAI, le Dr N_____ n'a pas répondu (avis du 8 juillet 2015). Le recourant n'explique en outre pas sur quelle base une IPAI de 20 % devrait lui être allouée, la simple référence à une amyotrophie de la cuisse droite, à

une limitation de la mobilité du genou et à des douleurs dorso-lombaire n'étant à cet égard pas suffisante. Le taux de 5 % doit en conséquence être confirmé.

19. S'agissant enfin des troubles psychiatriques allégués, une expertise judiciaire psychiatrique n'est pas justifiée dès lors que la causalité adéquate entre les troubles et l'accident doit d'emblée être niée.

En effet, l'accident peut être qualifié de gravité moyenne, [le recourant qui circulait à moto a été heurté par le flanc gauche d'un véhicule dont la conductrice n'a pas respecté un cédez le passage (rapport de police du 26 avril 2013)] ; s'agissant des critères jurisprudentiels précités (consid. 9), si le critère des douleurs physiques persistantes pourrait en l'occurrence être considéré comme réalisé, les autres critères jurisprudentiels ne sont pas réunis de sorte que la causalité adéquate entre d'éventuels troubles psychiatriques et l'accident peut être d'emblée niée.

20. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision litigieuse réformée dans le sens que l'intimée sera condamnée à verser au recourant une rente d'invalidité de 11 % dès le 1^{er} octobre 2015. Elle sera confirmée pour le surplus.
21. Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 3'000.- sera allouée au recourant, à charge de l'intimée (art. 61 let. g LPG).

**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 de l'intimée du 12 février 2016 dans le sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité de 11 % dès le 1^{er} octobre 2015.
4. La confirme pour le surplus.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 3'000.- ;
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

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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