

GE_GERICHTE ATAS/160/2026 vom 26. Februar 2026

GE Cour de justice, 2026-02-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_160_2026

FR: GE_GERICHTE ATAS/160/2026 du 26 février 2026

IT: GE_GERICHTE ATAS/160/2026 del 26 febbraio 2026

Erwägungen

E. 31

octobre suivant ne prêtait pas le flanc à la critique. Les appréciations du Dr L_____ étaient en outre claires et dûment motivées, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de mettre en œuvre une expertise judiciaire. L'intimée a relevé que le revenu d'invalidité du recourant avait été corrigé dans le cadre de la décision sur opposition et que le taux d'abattement de 10% appliqué était généreux, compte tenu de la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière. Enfin, l'IPAI devait être évaluée par des médecins, de sorte qu'en l'absence de rapport médical produit par le recourant à cet égard, il n'y avait pas lieu de suivre l'appréciation du Dr L_____. c. Dans sa réplique du 5 janvier 2026, le recourant a relevé que l'intimée soutenait que l'état de santé du recourant était stabilisé, alors que le Dr L_____ estimait que la nouvelle chirurgie proposée par le Dr Q_____ était « acceptable », sans se prononcer sur la stabilisation de l'état de santé du recourant dans son appréciation complémentaire du 26 mai 2025. Une expertise judiciaire devait ainsi être mise en œuvre dans l'hypothèse où les rapports des Dr Q_____ et K_____ ne seraient pas suffisants pour retenir que l'état de santé du recourant ne serait pas stabilisé. À l'appui de sa réplique, le recourant a produit un rapport médical établi par le Dr K_____ en date du 27 novembre 2025 mentionnant les diagnostics d'état anxieux et dépressif, d'omalgie droite et de cervicalgie. Le recourant, qui se plaignait de douleurs importantes au niveau de l'épaule droite, associées à une faiblesse persistante, surtout au niveau du sub-scapulaire, effectuait un suivi orthopédique et psychothérapeutique. L'évolution de son état était légèrement

A/2990/2025 - 11/37 - favorable, avec des variations sur le plan psychique. Son état n'était pas stabilisé du point de vue somatique. d. Dans ses observations du 28 janvier 2026, l'intimée a maintenu ses conclusions et a produit une nouvelle appréciation du Dr L_____ datée du 20 janvier 2026, à teneur de laquelle celui-ci indiquait que le rapport du Dr K_____ du 27 novembre 2025 ne modifiait en rien ses conclusions, s'agissant de la stabilisation de l'état de santé somatique du recourant, en relevant que ce rapport constituait un rapport de suivi clinique et non un rapport d'expertise orthopédique. L'avis du Dr K_____ ne reposait sur aucune proposition thérapeutique somatique active planifiée ou réalisable et relevait d'une appréciation globale clinique intégrant des éléments psychiques. Le rapport du Dr Q_____ du 2 avril 2025 ne modifiait pas non plus ses conclusions, dès lors que sa proposition d'intervention intervenait dix mois après la stabilisation retenue, était décrite comme exceptionnelle, complexe, avec un pronostic réservé, sans expérience personnelle préalable. Elle ne constituait ni un traitement en cours ni une décision thérapeutique actée. L'existence d'une option thérapeutique hypothétique non planifiée et conditionnée à des décisions ultérieures ne remettait pas en cause une stabilisation déjà acquise. Si cette intervention devait être effectuée ultérieurement, elle relèverait d'une rechute à la date effective de sa mise en œuvre. e. Par courrier du 13 février 2026, le

recourant a souligné que l'intimée avait demandé au Dr L_____ des explications relatives à ses précédentes déclarations en raison des contradictions que celles-ci comportaient. Dans la mesure où l'appréciation du Dr L_____ correspondait désormais aux thèses de l'intimée, celle-ci devait être appréciée avec circonspection. Contrairement à ce qu'indiquait le Dr L_____, le fait que les HUG n'aient pas proposé au recourant d'autres options thérapeutiques ne suffisait pas à démontrer qu'aucune alternative n'existait. Enfin, le fait que la proposition d'intervention du Dr Q_____ soit intervenue postérieurement au rendez-vous du Dr L_____ avec le recourant ne signifiait pas qu'elle n'aurait pas pu être formulée à la date de la stabilisation. f. Copie de cette écriture a été transmise à l'intimée et la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales,

A/2990/2025 - 12/37 - du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 1.2 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10). 1.3 Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai de trente jours prévus par la loi (art. 60 al. 1 LPGA), compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable. 2. Il convient de définir l'objet du litige. 2.1 Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 414 consid. 1a ; 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). La question de la suspension des indemnités journalières et du traitement médical d'une part, et de l'examen des conditions du droit à la rente et de l'IPAI d'autre part, forment un seul objet du litige (ATF 144 V 354 consid. 4.2 et les références), de sorte que l'assureur n'est pas tenu de rendre deux décisions distinctes. Lorsque l'assureur rend une décision formelle de refus de droit à la rente, il y a lieu d'admettre qu'il refuse également formellement la poursuite du versement de l'indemnité journalière et de la prise en charge du traitement médical (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_619/2018 du 7 mars 2019 consid. 3.3). 2.2 Par ailleurs, l'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont

certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références). Les questions qui - bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation - ne sont plus litigieuses, d'après

A/2990/2025 - 13/37 - les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et les références). Selon la jurisprudence, le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, respectivement le droit à une IPAI, sont deux rapports juridiques distincts, sans lien de connexité entre eux (arrêts du Tribunal fédéral 8C_87/2020 du 4 décembre 2020 consid. 4.3 et les références ; 8C_420/2008 du 31 mars 2009 consid. 1.3). 2.3 En l'occurrence, l'intimée a rendu en date du 30 juin 2025 une décision sur opposition confirmant sa décision du 29 novembre 2024, par laquelle elle avait dénié au recourant le droit à une rente d'invalidité et lui avait octroyé une IPAI de 10%. Préalablement, l'intimée avait, par courrier du 1er octobre 2024, informé le recourant qu'elle mettait fin à la prise en charge des frais médicaux et au versement des indemnités journalières avec effet au 31 octobre 2024. Compte tenu de la jurisprudence précitée, l'intimée, en rendant sa décision du 29 novembre 2024, confirmée sur opposition le 30 juin 2025, a également refusé le versement des indemnités journalières et la prise en charge des frais médicaux du recourant à compter du 1er novembre 2024. Par conséquent, le litige porte tant sur la cessation, au 31 octobre 2024, de la prise en charge du traitement médical et du versement des indemnités journalières, que sur le refus d'octroyer une rente d'invalidité au recourant. Il convient encore de relever que, dans son opposition du 10 décembre 2024, le recourant n'a pas formellement contesté le taux d'IPAI retenu par l'intimée. En effet, il s'est contenté d'indiquer qu'il souffrait encore de douleurs persistantes au niveau de l'épaule droite, singulièrement lors des mouvements d'abduction et d'élévation antérieures, et que son activité de plâtrier était incompatible avec la pathologie de son épaule. L'on comprend toutefois de ce courrier que le recourant remet en cause l'appréciation médicale de l'intimée s'agissant de son état de santé. Dans son complément d'opposition du 6 mars 2025, le recourant a, du reste, contesté la stabilisation de son état de santé, en arguant que la décision rendue en date du 29 novembre 2024 était prématurée, ce qui implique qu'il considérait que l'intimée n'avait pas à statuer sur le taux d'IPAI à ce stade. Dans sa décision sur opposition du 30 juin 2025, l'intimée a considéré que le litige portait notamment sur l'octroi d'une IPAI au recourant, tout en relevant que ce dernier n'avait pas contesté le taux retenu à ce titre dans le cadre de son opposition. Au vu de ce qui précède, il n'est pas certain que le recourant ait valablement remis en cause, dans le cadre de son opposition, le taux d'IPAI retenu par l'intimée pour que celui-ci puisse se voir inclus dans l'objet du litige.

A/2990/2025 - 14/37 - Cette question peut toutefois souffrir de demeurer indécise, dès lors que le taux d'IPAI a été correctement déterminé par l'intimée et que le recours est, en tout état de cause, mal fondé sur ce point (cf. infra consid. 10.5). 3.

3.1 Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les

conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et la référence ; 129 V 402 consid. 2.2 et les références). 3.2 Les prestations suivantes sont notamment prévues en cas d'accident. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). Il est précisé à l'art. 6 LPGA, première phrase, qu'est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. À teneur de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge de référence. L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Par ailleurs, aux termes de l'art. 24 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. 3.3 Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de

A/2990/2025 - 15/37 - 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. L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3). L'utilisation du terme "sensible" par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical, ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures - comme une cure thermale - ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective et non sur la base de constatations rétrospectives (arrêts du Tribunal fédéral 8C_799/2023 du 3 septembre 2024 consid. 3.3.1 et les références ; 8C_642/2023 du 20 mars 2024 consid. 3.1.1 et la référence). Ainsi, des rapports médicaux établis postérieurement à l'examen de la stabilisation de l'état de santé ne sont pas pertinents (arrêt du Tribunal fédéral 8C_528/2022 du 17 novembre 2022 consid. 7.4 cité dans David IONTA, Stabilisation de l'état de santé en LAA, in HAVE/REAS 4/2023, p. 316). Les renseignements médicaux relatives aux possibilités thérapeutiques et à l'évolution de la maladie, généralement saisis sous la notion de pronostic, constituent en premier lieu la base de l'appréciation de cette question juridique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_682/2021 du 13 avril 2022 consid. 5.1 et les références). Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (par exemple une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire ou qui ne sert non pas à guérir l'atteinte à la santé mais uniquement à combattre les symptômes (arrêt du Tribunal fédéral 8C_363/3030 du 29 septembre 2020 consid. 4.1

cité dans David IONTA, op. cit., p. 316). Le seul fait que la personne assurée ressente encore des douleurs ou souffre de douleurs chroniques ne permet pas de conclure que son état de santé n'est pas stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_20/2022 du 10 juin 2022 consid. 6.3 cité dans David IONTA, op. cit., p. 316). Il en est de même lorsque le cas de l'assuré s'est chronicisé et qu'aucun geste médical ni chirurgical n'est susceptible d'apporter une quelconque amélioration de la situation et que des infiltrations ne permettent pas de changer de façon substantielle le pronostic du patient (arrêt du Tribunal fédéral 8C_484/2019 du 3 août 2020 consid. 5.2 cité dans David IONTA, op. cit., p. 316). Par ailleurs, la prescription d'antalgiques et de séances de physiothérapie est compatible avec un état stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_93/2022 du 19 octobre 2022 consid. 4.2 cité dans David IONTA, op. cit., p. 316). Il faut en principe que l'état de santé de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C_591/2022 du 14 juillet 2023 consid. 3.2 et la référence).

A/2990/2025 - 16/37 - Dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, il appartient à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 144 V 354 consid. 4.1 ; 143 V 148 consid. 3.1.1 ; 134 V 109 consid. 4.1 et les références) 4.

4.1 La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). 4.2 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

A/2990/2025 - 17/37 - l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de la SUVA, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes mêmes faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.6).

4.3 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. cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 5.

5.1 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

A/2990/2025 - 18/37 - seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence). 5.2 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des

assurances sociales, 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 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 quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, 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). 6. En l'espèce, l'intimée a mis fin à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières du recourant avec effet au 31 octobre 2024 en considérant, sur la base du rapport du Dr L_____ du 27 septembre 2024 et sur sa brève appréciation du 26 mai 2025, que l'état de son épaule droite était stabilisé. Elle a pour le surplus dénié au recourant le droit à une rente d'invalidité et lui a octroyé une IPAI de 10%. Le recourant conteste l'appréciation du Dr L_____, en se fondant essentiellement sur le rapport du Dr Q_____ du 2 avril 2025 et sur celui du Dr K_____ du 27 novembre 2025. Il estime notamment qu'une amélioration notable de son état de santé peut être espérée grâce à la révision chirurgicale proposée par le Dr Q_____ et soutient que le rapport du Dr L_____ du 27 septembre 2024 ne permet pas de comprendre pour quelle raison son état de santé serait stabilisé. 6.1 Il convient ainsi d'examiner la valeur probante du rapport du Dr L_____ du 27 septembre 2024 et de ses appréciations ultérieures, sur lesquels l'intimée a fondé sa décision sur opposition du 30 juin 2025.

A/2990/2025 - 19/37 - La chambre de céans observe, à titre liminaire, que le rapport du Dr L_____ du 27 septembre 2024 satisfait, sur le plan formel, aux réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. En effet, il contient un résumé des différents rapports médicaux figurant au dossier de l'intimée, un bref résumé de son parcours professionnel et de sa situation personnelle, la mention d'un antécédent chirurgical relatif à la main gauche, le fait que le recourant se plaint essentiellement d'un manque de force, un examen clinique et un diagnostic clair. Ses conclusions sont en outre cohérentes et motivées. Sur le fond, le Dr L_____ a indiqué qu'il n'existait pas de solution chirurgicale et que le cas était stabilisé. Il a retenu le diagnostic de « rupture initiale du sous-scapulaire puis après réinsertion vraisemblablement sous-scapulaire du sus-épineux évolution vers une atrophie du sous-scapulaire non réparable chirurgicalement ». À cet égard, force est de constater que le diagnostic retenu est cohérent compte tenu des deux opérations subies par le recourant et du rapport du Dr P_____ du 21 juin 2024, lequel mentionne le diagnostic de non-guérison du sous-scapulaire avec une atrophie significative de ce dernier contre-indiquant un nouveau geste de réinsertion. La stabilisation de l'état du recourant, telle que constatée par le Dr L_____, est quant à elle corroborée par le Dr P_____, dès lors que ce dernier, dans son rapport du 21 juin 2024, indiquait qu'il n'y avait pas de possibilité chirurgicale à proposer au recourant et qu'une reconversion professionnelle devait être envisagée. Il apparaît en outre que, depuis son opération du 22 juin 2023, le recourant s'est

essentiellement vu prescrire de la physiothérapie, ce qui est compatible avec un état stabilisé. Les autres rapports médicaux figurant au dossier de l'intimée et dont le Dr L_____ avait connaissance au moment de la rédaction de son rapport du 27 septembre 2024 ne font, quant à eux, pas état d'autres options thérapeutiques permettant d'envisager une amélioration sensible de l'état de santé du recourant. Le Dr L_____ a par ailleurs retenu les limitations fonctionnelles suivantes : le port de charge membre tendu jusqu'à 8 kg, en élévation vers la ceinture en fléchissant le coude jusqu'à 5 kg jusqu'à hauteur de l'horizontale, des limitations de 10° bilatérales de l'extension des coudes, pas de travail en porte-à-faux du membre supérieur et en élévation, soulèvement rapide ou fréquent supérieur à 3 kg, rare à 5 kg et aucun travail au-dessus du plan des épaules. Ces limitations fonctionnelles sont cohérentes, compte tenu de l'atteinte à la santé du recourant, étant précisé que ce dernier ne les conteste pas. Il estime toutefois que l'abattement de 10% appliqué par l'intimée sur le revenu d'invalidité est insuffisant, ce qui sera examiné par la chambre de céans dans le cadre de la détermination de son taux d'invalidité (cf. infra consid. 10.4).

A/2990/2025 - 20/37 - Selon le Dr L_____, l'activité exercée antérieurement par le recourant n'est plus exigible. Celui-ci dispose toutefois d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sans perte de rendement. Concernant l'IPAI, le Dr L_____ a estimé que celle-ci devait être fixée à 10% compte tenu de la table d'indemnisation n° 1 de la SUVA (atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs), qui prévoit un tel pourcentage pour une périarthrite scapulo-humérale moyenne. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que le rapport du 27 septembre 2024 peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. 6.2 Il convient encore d'examiner si les critiques élevées par le recourant à l'encontre de ce rapport sont de nature à remettre en cause la validité des conclusions du Dr L_____. Le recourant estime que son état de santé n'est pas stabilisé, notamment au motif que l'opération proposée par le Dr Q_____ dans son rapport du 2 avril 2025 permettrait d'améliorer sensiblement l'état de son épaule. Il ressort de ce rapport que le Dr Q_____ a indiqué qu'il avait revu le recourant à la lumière d'une nouvelle IRM, laquelle avait révélé une rupture itérative de la coiffe des rotateurs, sans contre-indication absolue à une nouvelle réparation. Selon lui, il existait effectivement une infiltration de stade 4, compatible avec une cicatrisation, bien que le moignon du tendon sous-scapulaire fût fin. Le recourant avait ainsi le choix entre un traitement conservateur et une nouvelle révision chirurgicale, le Dr Q_____ précisant qu'il n'avait jamais réalisé une « révision après une révision ». La situation de l'assuré était toutefois complexe, compte tenu de son jeune âge et de ses difficultés à reprendre son activité professionnelle. Contrairement à ce que soutient le recourant, il ne saurait être inféré de ce rapport que son état de santé n'était pas stabilisé au moment où le Dr L_____ l'a examiné en date du 26 septembre 2024. En effet, le Dr Q_____ n'indique aucunement que cette intervention chirurgicale aurait pour effet d'améliorer sensiblement l'état de santé du recourant. En outre, il précise lui-même n'avoir jamais procédé à une telle intervention chirurgicale alors qu'une révision avait déjà été effectuée, de sorte qu'il ne saurait être retenu que cette chirurgie présenterait avec une vraisemblance prépondérante des chances d'amélioration, étant rappelé que la simple possibilité d'une amélioration significative de l'état de santé n'est pas suffisante pour retenir que celui-ci ne serait pas stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_604/2021 du 25 janvier 2022 consid. 5.2 cité dans David IONTA, op. cit., p. 315). Dans son appréciation du 20 janvier 2026, le Dr L_____ a, en outre, remarqué à juste titre que la situation décrite par la proposition d'intervention du Dr Q_____

intervenait dans une situation exceptionnelle et complexe, dès lors qu'il indiquait n'avoir lui-même jamais pratiqué une « révision après révision ».

A/2990/2025 - 21/37 - De surcroît, l'appréciation du Dr L_____ du 26 mai 2025 n'entre pas en contradiction avec la position de l'intimée, ni avec ses autres prises de position médicales dans le dossier du recourant. En effet, le médecin d'arrondissement de l'intimée a estimé que la proposition chirurgicale du Dr Q_____ était « acceptable » mais que les chances de succès restaient ténues. Son appréciation confirme ainsi qu'il ne peut pas être inféré du rapport du Q_____ que la révision chirurgicale proposée permettrait d'améliorer avec certitude l'état de santé du recourant de façon significative. Enfin, il convient de relever que la question de la stabilisation de l'état de santé doit être examinée de manière prospective, et non sur la base de constatations rétrospectives, de sorte que des rapports médicaux établis postérieurement à l'examen de la stabilisation de l'état de santé ne sont pas pertinents. Le rapport du Dr Q_____ n'est donc pas de nature à remettre en cause les conclusions du Dr L_____. S'agissant du rapport du Dr K_____ du 27 novembre 2025, celui-ci est également postérieur à l'examen de la stabilisation de l'état de santé du recourant et ne contient aucune proposition thérapeutique susceptible d'améliorer significativement l'état de son épaule. Il convient également de rappeler que dans son rapport du 17 janvier 2024, le Dr K_____ a indiqué que l'état de santé du recourant était stationnaire. Par conséquent, les appréciations du Dr K_____ ne sont pas non plus susceptibles de remettre en question la validité de l'appréciation du Dr L_____. L'état de santé du recourant doit ainsi être considéré comme étant stabilisé au 26 septembre 2024 au plus tard. 6.3 Le recourant remet également en cause sa capacité de travail dans une activité adaptée telle que déterminée par le Dr L_____ et conteste le revenu d'invalidité retenu par l'intimée, au motif que ce dernier serait irréaliste compte tenu de son état de santé, de son absence de formation et de sa maîtrise limitée du français. La chambre de céans observe toutefois que le recourant se contente de substituer sa propre appréciation à celle du médecin d'arrondissement de l'intimée, sans présenter le moindre élément médical de nature à démontrer que sa capacité de travail dans une activité adaptée serait inférieure à 100%. L'appréciation du Dr L_____ doit ainsi être suivie sur ce point. S'agissant du caractère irréaliste du revenu d'invalidité pouvant être réalisé par le recourant, ce grief sera examiné dans le cadre de l'évaluation de son taux d'invalidité (cf. infra consid. 10.3). En conclusion, le rapport du Dr L_____ du 27 septembre 2024 et ses appréciations ultérieures peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante, de sorte que leurs conclusions peuvent être suivies.

A/2990/2025 - 22/37 - Par conséquent, la chambre de céans renoncera à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. 7. Le recourant fait valoir que même dans l'hypothèse où son état serait considéré comme stabilisé au 1er octobre 2024, des indemnités journalières devraient lui être allouées jusqu'au 29 novembre 2024, date à laquelle l'intimée a rendu pour la première fois une décision formelle sur son droit à une rente et à une IPAI. Ses frais de traitements médicaux devaient également être pris en charge par l'intimée jusqu'à cette date. 7.1 Selon l'art. 49 al. 1 à 3 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (al. 1). Si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne d'être protégé, l'assureur rend une décision en constatation (al. 2). Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun

préjudice pour l'intéressé (al. 3). 7.2 Aux termes de l'art. 51 al. 1 LPGA, les prestations, créances ou injonctions qui ne sont pas visées à l'art. 49 al. 1 peuvent être traitées selon une procédure simplifiée. La distinction entre la procédure prévue par l'art. 49 et celle de l'art. 51 LPGA s'effectue de la manière suivante : il y a décision uniquement dans le cas où le document est qualifié de tel ou s'il contient, au moins, une indication des voies de droit. Si une décision présente un défaut, ses conséquences seront alors examinées conformément à l'art. 49 al. 3 LPGA. Si le courrier, dans lequel l'assureur fait valoir sa position, ne respecte pas les conditions précitées, il ne peut être qualifié de décision, de sorte que la procédure ne doit pas tendre à la notification d'une décision sur opposition mais à celle d'une décision (arrêt du Tribunal fédéral 8C_738/2007 du 26 mars 2008). 7.3 Selon l'art. 124 let. b de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), les assureurs doivent communiquer par écrit les décisions concernant la réduction ou le refus de prestations d'assurance. Au surplus, selon la jurisprudence, la suspension du traitement médical et de l'indemnité journalière dans le cadre d'une liquidation du cas doit être décidée formellement. L'importance d'une suppression de prestations temporaires (indemnité journalière, traitement médical) ne se mesure pas à la durée du versement de ces prestations, car ce qui est important ne réside pas dans la fin de la période d'indemnisation – qu'elle ait été longue ou courte –, mais dans la liquidation du cas ex nunc et pro futuro puisque les personnes assurées ne peuvent plus compter sur aucune prestation (ATF 132 V 412). Par ailleurs, celui qui entend contester le refus (total ou partiel) de prestations communiqué à tort par l'assurance-accidents selon une procédure simplifiée, sans décision formelle, doit en principe le déclarer dans un délai d'une année. L'assureur doit alors rendre une

A/2990/2025 - 23/37 - décision formelle, contre laquelle la procédure d'opposition est ouverte. À défaut de réaction dans le délai utile, le refus entre en force comme si la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 al. 1 LPGA avait été appliquée à juste titre (ATF 134 V 145). 7.4 En l'occurrence, le recourant estime que l'intimée devrait être condamnée à lui verser des indemnités journalières et à prendre en charge ses frais de traitement du 1er au 29 novembre 2024, au motif qu'elle n'a pas rendu de décision formelle avant le 29 novembre 2024 s'agissant de son droit à une rente d'invalidité et à une IPAI. Il appert que l'intimée a annoncé au recourant, par courrier du 1er octobre 2024, qu'elle mettait fin au versement des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical avec effet au 31 octobre 2024, au motif que son état de santé était stabilisé. Comme le relève le recourant, ce courrier du 1er octobre 2024 ne constitue pas une décision formelle, dès lors qu'il n'est pas désigné comme tel et ne contient pas l'indication des voies de droit. Il s'agit dès lors d'une simple communication rendue au moyen de la procédure simplifiée, alors que la suppression des indemnités journalières et de la prise en charge du traitement médical aurait dû faire l'objet d'une décision formelle, conformément à la jurisprudence précitée. La décision contenue dans le courrier du 1er octobre 2024 n'est toutefois pas nulle en raison du fait qu'elle aurait dû respecter les exigences formelles de l'art. 49 al. 1 LPGA. Au contraire, elle serait entrée en force si le recourant n'avait pas sollicité le prononcé d'une décision formelle dans un délai d'un an. À cet égard, l'intimée a rendu une décision formelle en date du 29 novembre 2024, par laquelle elle a dénié au recourant le droit à une rente d'invalidité et lui a octroyé une IPAI de 10%. Or, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, lorsque l'assureur rend une décision formelle de refus de droit à la rente, il y a lieu d'admettre qu'il refuse également formellement la poursuite du versement de l'indemnité journalière et de la prise en charge du traitement médical (ATF 144 V 354 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_619/2018 du 7 mars 2019 consid. 3.3). Partant, il y a lieu de

considérer qu'en notifiant au recourant sa décision du 29 novembre 2024, l'intimée a rendu une décision formelle confirmant la teneur de son courrier du 1er octobre 2024 s'agissant de l'interruption du versement des indemnités journalières et de la prise en charge des frais de traitement. Le recourant ne peut dès lors pas réclamer le versement des indemnités journalières et la prise en charge des frais de traitement pour la période du 1er au 29 novembre 2024 au motif que l'intimée n'aurait pas statué par décision formelle avant le 29 novembre 2024. Il sera également relevé que l'intimée a volontairement versé des indemnités journalières au recourant et pris ses frais de traitement en charge jusqu'au 31 octobre 2024, alors que son médecin

A/2990/2025 - 24/37 - d'arrondissement avait constaté la stabilisation de son état de santé dès le 26 septembre 2024, de sorte que sa démarche a été favorable au recourant. La chambre de céans relève enfin que l'extrait de l'ATAS/819/2018 du 17 septembre 2018 auquel se réfère le recourant n'est nullement contradictoire avec ce qui précède, dès lors que l'intimée aurait effectivement dû rendre une décision formelle s'agissant de la suppression des indemnités journalières et de la prise en charge du traitement médical. Il n'en demeure pas moins que le courrier du 1er octobre 2024 a été confirmé par la décision formelle du 29 novembre 2024, étant encore précisé que peu après le prononcé de l'arrêt cantonal précité (ATAS/819/2018), le Tribunal fédéral a indiqué que la suspension des prestations provisoires et la liquidation du cas avec examen des conditions du droit à la rente sont si étroitement liées entre elles qu'il s'agit d'un seul objet du litige (ATF 144 V 354). Le grief du recourant doit ainsi être écarté. 8. L'état de santé du recourant étant considéré comme stabilisé et sa capacité de travail résiduelle ayant été déterminée de manière probante par l'intimée, il s'agit d'examiner, ci-après, le calcul du droit à la rente d'invalidité effectué par l'intimée et le taux d'IPAI retenu. 8.1 L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (art. 18 al. 1 LAA). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1) ; seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). 8.2 Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces

A/2990/2025 - 25/37 - deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier,

après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.3.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et les références). 8.3 Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente ; des exceptions ne peuvent être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; 134 V 322 consid. 4.1 et les références). Toutefois, lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le salaire doit être établi sur la base de valeurs moyennes. Autrement dit, dans un tel cas, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, un tel cas d'exception se présente par exemple lorsque le poste de travail que l'assuré occupait avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment de l'évaluation de l'invalidité, lorsqu'il n'aurait pas pu conserver son poste en raison des difficultés économiques, en cas de faillite ou de restructuration de l'entreprise (arrêt du Tribunal fédéral 8C_746/2023 du 7 juin 2024 consid. 4.3 et les références). La preuve de l'existence de circonstances qui justifieraient de s'écarter, en sa faveur ou en sa défaveur, du revenu effectivement réalisé par l'assuré est soumise à des exigences sévères, qu'il s'agisse de l'évaluation du revenu avec ou sans invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I 290/04 du 28 décembre 2004 et les références). Il a toutefois été jugé qu'en l'absence d'informations fiables sur le dernier salaire effectivement perçu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_643/2016 du 25 avril 2016 consid. 4.4 et les arrêts cités) ou d'autres circonstances telles que

A/2990/2025 - 26/37 - l'absence d'activité lucrative au moment de l'accident ou encore une perte d'emploi qui serait survenue de toute manière, même sans l'accident, dans les mois précédant le début du droit à la rente, il était exceptionnellement possible de déterminer le revenu sans invalidité au moyen de l'ESS (arrêt du Tribunal fédéral 8C_728/2016 du 21 décembre 2016 consid. 3.1), de recommandations salariales non contraignantes émises par des associations professionnelles (arrêts du Tribunal fédéral U 391/06 du 8 février 2007 consid. 4.2 et U 158/06 du 4 août 2006 consid. 2.3) ou encore d'une convention collective de travail (ci-après : CCT ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_462/2014 du 18 novembre 2014 consid. 5.1 ; 8C_90/2010 du 12 mai 2010 consid. 6.2.1.2). Dans un arrêt du 29 mai 2024, le Tribunal fédéral a rappelé que les objectifs de gain minimum d'une CCT déclarée de force obligatoire par le Conseil fédéral dans la branche professionnelle correspondante ne sont pas utilisés uniquement pour examiner le caractère inférieur à la moyenne d'un revenu effectivement réalisé. Au contraire, la jurisprudence a, à diverses reprises, pris en compte les salaires dus en vertu d'une convention collective de travail pour déterminer le revenu de

valide (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_562/2023 du 29 mai 2024 consid. 4.1.2 et les références citées). Par ailleurs, le revenu que l'assuré obtiendrait hypothétiquement en bonne santé (revenu de valide) doit être fixé aussi concrètement que possible et l'objection selon laquelle le salaire minimal selon la CCT ne correspond pas au revenu usuel de la branche n'est pas pertinente, car les revenus spécifiques à la branche y sont représentés de manière plus précise que dans l'ESS (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_562/2023, op. cit., consid. 4.1.3 et les références citées). 8.4 En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 148 V 174 consid. 6.2 et les références ; 143 V 295 consid. 2.2 et les références). Il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1_tirage_skill_level, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_skill_level et non pas le tableau TA1_b (ATF 142 V 178). Lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières ; tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de

A/2990/2025 - 27/37 - nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. Il y a en revanche lieu de se référer à la ligne « total secteur privé » lorsque l'assuré ne peut plus raisonnablement exercer son activité habituelle et qu'il est tributaire d'un nouveau domaine d'activité pour lequel l'ensemble du marché du travail est en principe disponible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_709/2023 du 8 mai 2024 consid. 6.2.1 et les références). En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques dans le secteur privé) pour se référer à la table TA7 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon le domaine d'activité dans les secteurs privé et public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible. C'est le lieu de préciser que les tables TA1, T1 et TA7 des ESS publiées jusqu'en 2010 correspondent respectivement aux tables TA1_skill_level, T1_tirage_skill_level et T17 des ESS publiées depuis 2012 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2.2 et les références). La valeur statistique – médiane – s'applique, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 ; 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_801/2021 du 28 juin 2022 consid. 3.6). 8.5 La mesure dans laquelle les salaires

ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Une telle déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'intéressé ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et les références ; 126 V 75 consid. 5b/aa). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une

A/2990/2025 - 28/37 - évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 126 V 75 consid. 5b/bb et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 3.3 et les références). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (cf. ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et ss. et les références). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). À cet égard, le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire cantonale n'est pas limité à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative (« Angemessenheitskontrolle »). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans l'exercice de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. À cet égard, le tribunal des assurances sociales ne peut pas, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2 et la référence). 8.6 Le salaire fondé sur les ESS doit encore être adapté à l'horaire de travail usuel de la branche, et indexé à l'année déterminante en tenant compte des valeurs spécifiques au sexe (ATF 129 V 408). Le cas échéant, il y a lieu d'adapter le salaire statistique à l'évolution des salaires nominaux en appliquant soit le chiffre définitif de l'indice suisse des salaires nominaux publié au moment déterminant de la décision litigieuse, soit la plus récente estimation trimestrielle (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_659/2022 du 2 mai 2023 consid. 7.2). 8.7 La notion de marché équilibré du travail, au sens de l'art. 16 LPGA, est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques. Il n'y a donc pas lieu d'examiner la question de savoir si un assuré peut être placé eu égard aux conditions

concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail sur un marché où les places de travail disponibles correspondent à l'offre de main

A/2990/2025 - 29/37 - d'œuvre (arrêt du Tribunal fédéral 9C_248/2018 du 19 septembre 2018 consid. 6.2 et les références). En d'autres termes, il n'y a pas lieu de poser des exigences excessives à la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain, au regard en particulier des postes permettant l'exécution de travaux peu exigeants du point de vue physique et sous l'angle des qualifications ou connaissances professionnelles requises. Restent ainsi exigibles une activité ou un poste de travail qui requièrent une certaine obligeance de la part de l'employeur, le marché du travail équilibré comprenant aussi de telles places de travail, dites « de niche » (arrêt du Tribunal fédéral 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 et les références). La jurisprudence a par ailleurs admis que les possibilités de travail sur un marché du travail équilibré sont suffisamment concrétisées dans la mesure où entrent en considération, comme exemples d'activités exigibles, des travaux simples de surveillance ou de contrôle, l'utilisation et la surveillance de machines (semi-) automatiques ou d'unités de production, ainsi que l'activité de surveillant de musée ou de parking (arrêt du Tribunal fédéral 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 et les références). Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché du travail équilibré lorsque, notamment, l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (ATF 148 V 174 consid. 9.1 et les références). Cependant, là encore, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à la santé - puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) - et non de facteurs étrangers à l'invalidité, par exemple de facteurs psychosociaux ou socioculturels (arrêt du Tribunal fédéral 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 et les références). 9.

9.1 Aux termes de l'art. 24 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1re phr.) ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2e phr.). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

A/2990/2025 - 30/37 - L'indemnité pour atteinte à l'intégrité vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Elle se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel. En cela, elle se distingue de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Cela signifie que pour tous les assurés

présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (ATF 115 V 137 consid. 1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.2 et les références ; 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). L'atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel (anatomique ou fonctionnel) mental ou psychique. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.4 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b et les références ; voir aussi 125 II 169 consid. 2d). 9.2 Selon l'art. 36 OLAA, édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1re phr.) ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2e phr.). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). Cette disposition a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral U. 401/06 du 12 janvier 2007 consid. 2.2). Le caractère durable de l'atteinte doit être à tout le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 124 V 29 consid. 4b/cc). Quant au caractère important de l'atteinte, le ch. 1 de l'annexe

A/2990/2025 - 31/37 - 3 à l'OLAA précise que les atteintes à l'intégrité qui sont inférieures à 5% selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Il faut en conclure qu'une atteinte est réputée importante si elle atteint au moins ce pourcentage (Thomas FREI et Juerg P. BLEUER, Évaluation d'atteintes à l'intégrité multiples, in SUVA Medical 2012, p. 202). 9.3 L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité se fonde sur les constats médicaux, de sorte qu'il incombe, dans un premier temps, au médecin de se prononcer, en tenant compte des atteintes énumérées à l'annexe 3 de l'OLAA et dans les tables de la SUVA, sur la question de savoir si, et dans quelle mesure, il existe un dommage. Il appartient toutefois à l'administration ou au tribunal de procéder à l'évaluation juridique, sur la base des constatations médicales, de l'existence d'une atteinte à l'intégrité, de déterminer si le seuil de gravité est atteint et, dans l'affirmative, l'étendue de l'atteinte. Bien que l'administration et le tribunal doivent s'en tenir aux données médicales, l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité, en tant que fondement du droit aux prestations, relève, en fin de compte, de leur domaine de compétence (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_746/2022 du 18 octobre 2023 consid. 4.2 et les références ; sur la répartition des tâches entre le médecin et l'administration ou le tribunal, cf. également ATF 140 V 193 consid. 3.2). L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b et les références ; 124 V 209 consid. 4a/bb et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_745/2022 du 29 juin 2023 consid. 3.2 et la référence) – des lésions fréquentes et

caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb). L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 annexe 3 OLAA). On procédera de même lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5% serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires – à l'exception des moyens servant à la vision (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence ; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2 de l'annexe 3). La Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur www.suva.ch). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit

A/2990/2025 - 32/37 - et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3 ; 124 V 209 consid. 4a/cc ; 116 V 156 consid. 3a). 10. En l'occurrence, le recourant conteste le revenu d'invalidité retenu par l'intimée et le taux d'abattement de 10% qu'elle a appliqué sur celui-ci. 10.1 Il convient tout d'abord de relever qu'un éventuel droit à la rente du recourant est né au moment de la stabilisation de son état de santé, soit au mois de septembre 2024, de sorte qu'il sied de déterminer les salaires de valide et d'invalidité qu'il aurait perçus durant cette année-là. La chambre de céans observe également que l'intimée, malgré la stabilisation de l'état de santé du recourant constatée par le Dr L_____ dans son rapport du 27 septembre 2024, a volontairement continué le versement des indemnités journalières et la prise en charge de ses frais de traitement jusqu'au 31 octobre 2024, de sorte que le versement de la rente du recourant interviendrait au plus tôt à compter du 1er novembre 2024. 10.2 L'intimée a retenu le montant de CHF 63'765.- au titre de salaire de valide, montant qui n'est pas contesté par le recourant. Pour mémoire, ce dernier a été engagé à temps plein en qualité de peintre par la société B_____ SÀRL en date du 30 août 2021, pour un salaire horaire de base de CHF 31.- (avec indemnités pour vacances et treizième salaire en sus). Les montants ressortant de son extrait de compte individuel s'élèvent, en 2021 et 2022, à CHF 11'240.- et CHF 17'738.-. Il ressort des documents déterminants pour la fixation du taux d'invalidité que l'intimée ne s'est pas fondée sur le salaire que le recourant réalisait chez son dernier employeur, mais sur les dispositions de la CCT-SOR, applicable à la branche d'activité « plâtrerie et peinture ». L'intimée a procédé à raison de la sorte, dès lors que le recourant aurait perdu son emploi même sans l'accident. La société B_____ SÀRL a en effet été déclarée en faillite par le Tribunal de première instance en date du 20 septembre 2023 et a été dissoute, sa raison sociale devenant « B_____ Sàrl, en liquidation ». La procédure de faillite ayant été clôturée par jugement du 30 septembre 2024, la société a été radiée d'office le 11 octobre 2024. Dans ces conditions, l'intimée était fondée à déterminer le revenu de valide du recourant sur la base de valeurs moyennes, et non sur le revenu hypothétique que le recourant réaliserait auprès de son ancien employeur (arrêt du Tribunal fédéral 8C_7/2025 du 25 septembre 2025 consid. 4.2).

A/2990/2025 - 33/37 - Il ressort des documents figurant au dossier de l'intimée que le recourant a indiqué s'être consacré à l'activité de peintre en Suisse, après avoir exercé différents métiers manuels au Kosovo, dans la menuiserie et la serrurerie, étant précisé qu'il mentionne être arrivé en Suisse en 2008. Partant, l'intimée pouvait se fonder sur la CCT-SOR, dès lors qu'aucun élément du dossier n'indique que le recourant a exercé un autre métier que celui de peintre depuis son arrivée en Suisse (dans ce sens : ATAS/850/2025 du 10 novembre 2025 consid. 9.2.1.1). Au vu de l'absence de formation du recourant, son statut est celui d'un travailleur de classe B selon l'art. 18 al. 1 CCT, dont le salaire minimal s'élève à CHF 4'905.- en 2024 (cf. arrêté du Conseil fédéral du 9 janvier 2024 ; annexe II de la CCT-SOR), payé treize fois (art. 19 al. 1 CCT). Partant, le salaire de valide du recourant de CHF 63'765.- (13 x 4'905) peut être confirmé. 10.3 S'agissant du revenu avec invalidité, l'intimée s'est référée à raison aux valeurs statistiques de la table ESS TA1, à la ligne « total » de ce tableau, ce que le recourant ne conteste pas. Compte tenu de l'activité raisonnablement exigible de la part du recourant dans un emploi adapté à son état de santé, le salaire de référence est bien celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant une activité simple et répétitive (niveau de qualification 1) dans le secteur privé, à savoir CHF 63'660.- (CHF 5'305.- x 12 ; ESS 2022, TA1, tirage skill-level, ligne « total »). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de quarante heures, soit d'une durée hebdomadaire de travail inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2024 (41.7 heures par semaine ; Office fédéral de la statistique - statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, DNT), ce montant doit être porté à CHF 66'365.55 (CHF 63'660.- x 41.7 / 40). Il convient encore d'indexer ce montant à l'année 2024, année déterminante pour la comparaison des revenus. Dans le cadre de la décision initiale du 29 novembre 2024, l'intimée a retenu une augmentation de 1.7% en 2023 et de 1.1% en 2024, obtenant ainsi un revenu de CHF 68'236.20. L'évolution des salaires nominaux en 2024 a toutefois été précisée par le tableau publié par l'OFS le 22 avril 2025, lequel mentionnait que les salaires nominaux des hommes avaient augmenté de 1.2% en 2024. Tenant compte de l'estimation la plus récente au moment du prononcé de la décision querellée, l'intimée a retenu un revenu de CHF 68'303.69 au titre de revenu d'invalidité. La chambre de céans retiendra ainsi, à l'instar de l'intimée, le montant de CHF 68'303.69 à ce titre.

A/2990/2025 - 34/37 - Si le recourant ne conteste pas la méthode employée par l'intimée pour déterminer son revenu d'invalidité, il estime toutefois qu'il est irréaliste de considérer qu'il serait en mesure de réaliser un tel revenu annuel et souligne que l'intimée n'a pas donné d'exemples concrets d'activités qu'il pourrait réaliser compte tenu de son atteinte à la santé et de sa situation sociale. Le recourant ne fait toutefois valoir aucun argument laissant supposer qu'il ne serait pas en mesure d'exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché de l'emploi, notamment dans des travaux simples de surveillance et de contrôle, ou dans des activités physiques ou manuelles simples et légères que recouvrent les secteurs de la production et des services selon l'ESS 2020 (tableau TA1_skill_level et niveau de compétences 1). Par conséquent, son argument tombe à faux. 10.4 L'intimée a enfin appliqué un abattement de 10% sur le salaire d'invalidité du recourant. À cet égard, la chambre de céans relève qu'une réduction au titre du handicap dépend de la nature des limitations fonctionnelles présentées et n'entre en considération que si, sur un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_280/2022 du 1er mars 2023 consid. 7.2.3 ; 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 4.3.1 ; 8C_659/2021 du 17 février 2022 consid. 4.3.1 ;

8C_118/2021 du 21 décembre 2021 consid. 6.3.1). En l'occurrence, le recourant présente les limitations fonctionnelles suivantes : le port de charge membre tendu jusqu'à 8 kg, en élévation vers la ceinture en fléchissant le coude jusqu'à 5 kg jusqu'à hauteur de l'horizontale, des limitations de 10° bilatérales de l'extension des coudes, pas de travail en porte-à-faux du membre supérieur et en élévation, soulèvement rapide ou fréquent supérieur à 3 kg, rare à 5 kg et aucun travail au-dessus du plan des épaules. Ces limitations ne paraissent pas être de nature à empêcher le recourant d'exercer l'une des activités physiques ou manuelles simples que recouvrent les secteurs de la production et des services selon l'ESS 2020 (tableau TA1_skill_level et niveau de compétences 1). Un nombre suffisant d'entre elles correspondent à des travaux légers respectant les limitations fonctionnelles du recourant, de sorte que l'intimée était fondée à retenir un taux d'abattement de 10% sur le salaire statistique. Il sera relevé que l'affirmation du recourant selon laquelle il aurait perdu une grande partie de la force de sa main droite et presque totalement l'usage de son bras droit ne ressort d'aucun document médical. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de tenir compte de circonstances étrangères à l'invalidité. En effet, l'absence de formation suisse du recourant n'est pas déterminante, dans la mesure où l'intimée s'est fondée sur un niveau de compétences 1 correspondant à des tâches physiques ou manuelles simples et ne

A/2990/2025 - 35/37 - nécessitant aucune formation ni expérience professionnelle spécifique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_90/2024 du 5 août 2024 consid. 5.4). Il en va de même s'agissant de la nationalité étrangère du recourant et de sa maîtrise limitée du français (arrêt du Tribunal fédéral 8C_682/2023 du 24 avril 2024 consid. 4.3.2 et les références). C'est donc à bon droit que l'intimée a retenu un taux d'abattement de 10% sur le revenu d'invalidité du recourant. Dès lors, en tenant compte de cet abattement, le revenu avec invalidité s'élève à CHF 61'473.32 (68'303.69 - [68'303.69 x 10%]). L'invalidité du recourant peut ainsi être calculé comme suit : $(63'765 - 61'473.32) / 63'765 = 3.59\%$. Ce taux d'invalidité doit être arrondi à 4% (cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2). Dans la mesure où il est inférieur à 10%, le recourant n'a pas droit à une rente d'invalidité. 10.5 Il convient enfin d'examiner si le taux d'IPAI de 10% retenu par l'intimée est critiquable. Dans son rapport du 27 septembre 2024, le Dr L_____ a estimé que l'IPAI devait être fixée à 10% compte tenu de la table d'indemnisation n° 1 de la SUVA (atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs), qui prévoit un tel pourcentage pour une périarthrite scapulo-humérale moyenne. Selon le recourant, il conviendrait d'appliquer par analogie les dispositions de l'annexe 3 OLAA. Dans la mesure où la luxation récidivante de l'épaule correspond à une IPAI de 10% et la perte d'une main à une IPAI de 40%, la situation du recourant se situerait entre ces deux éléments. Cet argument ne saurait être suivi. En effet, aucun élément du dossier ne fait mention d'une atteinte à la main droite du recourant. En outre, les rapports médicaux du dossier ne mentionnent pas de luxation de l'épaule. Le recourant ne s'appuie pour le surplus sur aucun élément médical qui justifierait de s'écarter des conclusions du Dr L_____. Partant, c'est à raison que l'intimée a retenu une IPAI de 10% en se fondant sur la table d'indemnisation n°1 de la SUVA et sur le taux prévu pour une périarthrite scapulo-humérale moyenne, au vu de l'atteinte du recourant (non-guérison du sous-scapulaire avec une atrophie significative de ce dernier). 11.

11.1 Compte tenu de ce qui précède, le recours est rejeté.

A/2990/2025 - 36/37 - 11.2 Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGa a contrario). 11.3 Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGa a contrario).

A/2990/2025 - 37/37 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte
Originaltext. Quellen-URL siehe oben.