

# **GE\_GERICHTE ATAS/861/2025 vom 11. November 2025**

GE Cour de justice, 2025-11-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_861\\_2025](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_861_2025)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/861/2025 du 11 novembre 2025

IT: GE\_GERICHTE ATAS/861/2025 del 11 novembre 2025

## **Erwägungen**

### **E. 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 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.

### **E. 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.

### **E. 1.3**

Interjeté dans la forme et le délai – de trente jours – prévus par la loi, le recours est recevable sous ces angles (art. 38 al. 4 56 ss LPGA et 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), la question de la recevabilité – remise en cause par l'intimée – des conclusions afférentes à l'IPAI devant être examinée plus bas.

### **E. 2.1**

Aux termes de l'art. 6 LAA, si la présente loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident 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). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité

A/1338/2023 - 22/49 - 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).

### **E. 2.2**

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).

### **E. 2.3**

Conformément à l'art. 18 al. 1 LAA – dans sa teneur en vigueur à compter du 1er janvier 2017 mais antérieure au 31 décembre 2023, seule applicable ici (cf. a contrario, les dispositions transitoires de l'art. 118 al. 2 let. c 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 (« avant l'âge de référence » selon la version en vigueur depuis le 1er janvier 2024, qui renvoie à l'âge de 65 ans révolus fixé par l'art. 21 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 [LAVS - RS 831.10]). En vertu de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 – selon la version légale en vigueur dès le 1er janvier 2021 – 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, en vigueur dès le 1er janvier 2008). Aux termes de l'art. 6 LPGA, 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. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Selon la jurisprudence, lorsqu'une personne assurée est capable de travailler à plein temps mais avec une diminution de rendement, celle-ci est prise en considération dans la fixation de la capacité de travail. Il n'y a pas lieu, en sus, d'effectuer un abattement à ce titre (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_780/2023 du 23 avril 2024 consid. 6 et les références).

A/1338/2023 - 23/49 - Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA ; méthode ordinaire de la comparaison des revenus). Le taux d'invalidité doit être arrondi au pourcentage supérieur ou inférieur selon les règles mathématiques reconnues. Si le résultat est inférieur ou égal à x.49%, il convient donc de l'arrondir à x%. Cela vaut également dans l'assurance-accidents, même si l'arrondi à l'unité supérieure ou inférieure (hormis la valeur de référence de 10% [cf. art. 18 al. 1 LAA]) représente une perte ou un gain de quelques francs sur le montant mensuel de la rente (ATF 131 V 121 consid. 3.2. et 3.3 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_167/2022 du 18 août 2022 consid. 5.4).

### **E. 2.4**

À teneur de 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'AI ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (al. 1). 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 (al. 2). 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'AI quant à la réadaptation professionnelle intervient plus tard (al. 3). 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'AI 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). Selon la jurisprudence, 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). En vertu de l'art. 30 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) – adopté vu l'art. 19 al. 3 LAA et

A/1338/2023 - 24/49 - intitulé « rente transitoire » –, lorsqu'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, mais que la décision de l'AI concernant la réadaptation professionnelle n'interviendra que plus tard, une rente sera provisoirement allouée dès la fin du traitement médical ; cette rente est calculée sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment-là. Le droit s'éteint : dès la naissance du droit à une indemnité journalière de l'AI (let. a) ; avec la décision négative de l'AI concernant la réadaptation professionnelle (let. b) ; avec la fixation de la rente définitive (let. c). L'octroi d'une rente provisoire suppose notamment qu'un droit à des mesures de réadaptation professionnelle de l'AI soit sérieusement envisagé. Tel est le cas lorsque, au moment où l'assureur-accidents rend sa décision sur opposition, l'AI n'a pas encore statué de manière définitive sur des mesures de réadaptation professionnelle qui sont en cours d'examen (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_90/2024 du 5 août 2024 consid. 4.1.1 et la référence citée ; 8C\_347/2014 du 15 octobre 2014 consid. 3.2). Par ailleurs, la décision de l'AI à venir doit porter sur des mesures qui sont de nature à influencer le taux d'invalidité déterminant pour la rente de l'assurance-accidents (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_90/2024 précité consid. 4.1.1 et la référence citée ; 8C\_424/2023 du 21 février 2024 consid. 5.2 ; 8C\_374/2021 du 13 août 2021 consid. 4.3.1 et les références).

## **E. 2.5**

Conformément à 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 (IPAI ; 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. Le Conseil fédéral peut fixer la naissance du droit à un autre moment dans les cas spéciaux, notamment en cas d'atteinte à la santé liée à l'inhalation de fibres d'amiante (al. 2). S'agissant du montant, l'art. 25 LAA précise que l'IPAI est allouée sous forme de prestation en capital. 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). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de

l'indemnité (al. 2). En vertu de l'art. 36 OLAA, 1 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. 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). L'IPAI est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 (al. 2). L'IPAI vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence

A/1338/2023 - 25/49 - 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).

## **E. 2.6**

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

### **E. 2.6.1**

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

### **E. 2.6.2**

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière

A/1338/2023 - 26/49 - d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. 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 LPG, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_691/2021 du 24 février 2022 consid. 3.4). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes mêmes faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.6). Selon une jurisprudence constante, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la SUVA sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_626/2021 du 19 janvier 2022 consid. 4.3.1 et les références).

A/1338/2023 - 27/49 - 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2 et les références). 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 135 V 465 consid. 4.5 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

## **E. 2.7**

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6. 1 et la référence).

## **E. 3**

En l'espèce, la question du droit du recourant à une rente d'invalidité et le cas échéant de son montant sera examinée dans un premier temps, la recevabilité des conclusions y afférentes n'étant pas contestée par l'intimée. Ensuite, dans un second, sera effectué un examen portant sur la conclusion de l'intéressé concernant l'IPAI, dont la recevabilité est remise en cause par la caisse.

### **E. 3.1**

Il est incontesté par les parties qu'à partir du 1er juillet 2021 (lendemain du 30 juin 2021 au soir), il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du

A/1338/2023 - 28/49 - traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (cf. lettre de la SUVA du 12 février 2021), ce qui a justifié la cessation du versement des indemnités journalières et du traitement médical d'une part et l'examen des conditions du droit à la rente et de l'IPAI d'autre part. Pour des raisons inconnues, la caisse apparaît néanmoins avoir versé des indemnités journalières jusqu'au 31 août 2021 (cf. le document de son dossier n° 215 du 8 septembre 2021). Ceci ne remet toutefois pas en question une stabilisation de l'état de santé au 1er juillet 2021 ni la nécessité de l'examen des conditions du droit à la rente et de l'IPAI à partir de cette date.

#### **E. 3.1.1**

Il est au demeurant exact de considérer que, dès le 1er juillet 2021, il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré. En effet, ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). L'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures – comme une cure thermale – ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_642/2023 du 20 mars 2024 consid. 3.1.1 et la référence). Il faut en principe que l'état de santé de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_591/2022 du 14 juillet 2023 consid. 3.2 et la référence). Or, en l'occurrence, aucun avis des médecins qui ont traité le recourant – que ce soient le service orthopédique des HUG, le Dr C\_\_\_\_\_ ou le Dr I\_\_\_\_\_ – n'ont ni en 2021, ni même en 2022 ou 2023, fait état d'une utilité d'une poursuite ou introduction d'éventuels traitements médicaux qui auraient pu améliorer l'état de santé du patient, ce sous l'angle prospectif, selon ce qu'ils savaient et pouvaient alors savoir et prévoir.

### **E. 3.1.2**

Certes, dès septembre 2020 (cf. rapports du Dr E\_\_\_\_\_ du 15 septembre 2020 et du Dr C\_\_\_\_\_ du 30 novembre 2020) a été posée la question de l'opportunité de la mise en place d'une prothèse totale de la hanche, mais une éventuelle décision au sujet d'une telle opération chirurgicale, qui ne pourrait constituer qu'un dernier recours (cf. notamment rapport du Dr I\_\_\_\_\_ du 20 janvier 2023), a été reportée. Cette prothèse totale de la hanche n'a été

A/1338/2023 - 29/49 - sérieusement envisagée puis prévue que dès l'été 2024 (cf. rapport du Dr I\_\_\_\_\_ du 4 juillet 2024 et acceptation de l'intéressé le 18 septembre 2024), mesure dont le bien-fondé a été contesté les 26 septembre 2024 et 16 janvier 2025 par le médecin d'arrondissement E\_\_\_\_\_. Cela étant, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement – ici au 3 mars 2023 (date du prononcé de la décision sur opposition querellée) –, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2). Il s'ensuit que les questions autour de la pose d'une éventuelle prothèse totale de la hanche ne peuvent pas être examinées dans le cadre de la présente procédure de recours, ce d'autant moins qu'elles ne font pas l'objet d'éventuelles conclusions de recours. De telles questions pourraient tout au plus relever d'une éventuelle rechute ou séquelle tardive (cf. art. 11 OLAA ; ATF 123 V 137 consid. 3a

; 118 V 293 consid. 2c et les références).

### **E. 3.1.3**

Pour le reste, la mesure de réadaptation organisée par l'AI, sous forme de mesure d'orientation professionnelle auprès de l'ORIF du 27 septembre 2021 au 28 février 2022, ne s'oppose pas à l'application de l'art. 19 al. 1 LAA au 1er juillet 2021, vu notamment l'art. 30 al. 1 OLAA (par délégation de l'art. 19 al. 3 LAA).

### **E. 3.2**

Pour ce qui est de la question du droit éventuel à une rente d'invalidité selon l'art. 18 al. 1 LAA, et plus précisément de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles, les pièces du dossier laissent apparaître ce qui suit.

#### **E. 3.2.1**

Selon l'intimée, et concernant la hanche et l'épaule gauche, dès le 18 janvier 2021 (cf. rapport dudit jour du Dr E\_\_\_\_\_), l'incapacité de travail n'est plus justifiée, l'activité professionnelle habituelle de démenageur n'étant toutefois plus exigible. Ainsi, selon la caisse, la capacité de travail est de 100% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles qui suivent. Aux limitations fonctionnelles initialement retenues par le médecin d'arrondissement (18 janvier 2021) en ont été ajoutées d'autres par la CRR (29 décembre 2022). Ces limitations telles qu'admises par la CRR ainsi que par le Dr E\_\_\_\_\_ (16 février 2023) et la SUVA, sont ainsi, pour la hanche : le travail statique en position debout prolongée, les déplacements rapides et/ou fréquents et/ou prolongés, le piétinement ainsi que le port de charges lourdes (de plus de 15 kg) ; pour l'épaule gauche : tout travail nécessitant une élévation rapide ou

A/1338/2023 - 30/49 - fréquente en direction de l'horizontal, tout travail le bras au-dessus de l'horizontal, « tout soulèvement de charges de plus de 15 kg et en direction de l'horizontal au maximum 10 kg s'il s'agit de soulèvements en élévation et en porte-à-faux » ; tout soulèvement répétitif de charges de plus de 5 à 10 kg au-dessus des épaules et en porte-à-faux ; une activité sédentaire est à privilégier. De manière non contestée, peuvent être considérées comme adaptées les activités exercées dans le cadre de la mesure d'orientation professionnelle auprès de l'ORIF (du 27 septembre 2021 au 28 février 2022), à savoir le vitrail, la menuiserie, la pyrogravure, la soudure à l'étain, l'électronique, le montage lego, le montage mécanique d'un moteur, la préparation de commandes pour des caisses à outils, la peinture pour l'application de vernis et la mosaïque, voire aussi le métier d'opérateur en sous-traitance horlogère, de même que les tâches accomplies au sein des ateliers professionnels de la CRR, c'est-à-dire la création de dossiers administratifs (consistant à « insérer une ou deux feuilles et un répertoire dans des dossiers suspendus, sécurisés par flexofil », niveau de charge léger, en-dessous du plan de l'épaule, en position debout).

#### **E. 3.2.2**

Pour ce qui est des avis des médecins ayant traité l'intéressé, selon le dernier rapport circonstancié du Dr C\_\_\_\_\_ (20 juin 2022), qui considère l'« appréciation médicale » du Dr E\_\_\_\_\_ du 18 janvier 2021 comme « tout à fait adéquate », la capacité de travail du patient dans une activité bien adaptée telle que proposée dans le rapport de l'ORIF et avec des pauses adéquates dans la journée pourrait être complète. S'agissant d'activités industrielles légères de type conditionnement, de contrôle de qualité ou encore en tant

qu'ouvrier de montage ou opérateur en sous-traitance horlogère, il semble, « d'après le rapport de l'ORIF et après son évaluation par une équipe spécialisée dans le domaine », que le plus grand problème pour la reprise du travail par l'intéressé est la difficulté d'assumer la même position pendant une période prolongée, qu'elle soit en station debout ou assise ; « à cause de sa douleur de la hanche, [le patient] a besoin d'alterner des positions assez souvent et visiblement de prendre des pauses régulièrement dans la journée » (20 juin 2022). Selon le Dr I\_\_\_\_\_, qui a dans les faits succédé au Dr C\_\_\_\_\_ pour le traitement orthopédique de l'assuré, peut être adaptée une activité sans port de charges (3 à 5 kg maximum) avec des déplacements limités et avec une variation des positions de travail (assis/debout et petits déplacements). Dans une telle activité adaptée, sa capacité de travail pourrait être de 80% pour des tâches simples (par exemple une activité de déplacement de colis, d'emballage ou rangement de colis, et ce en alternant les positions assise, debout et en marchant), mais de 60% pour des tâches sur lesquelles il y a une nécessité de concentration plus importante (en raison des douleurs). Une activité adaptée impliquerait selon ce chirurgien orthopédiste traitant de 10 à 15 minutes toutes les 2 heures, temps de pause inclus dans le taux de capacité de travail de 60 à 80% susmentionné, lequel taux incluant à son tour la question du rendement. La fréquence de la nécessité de

A/1338/2023 - 31/49 - changer de position dépendrait du type d'activité ; pour une activité de 8 heures par jour, cela pourrait être un changement de position toutes les 2 heures (témoignage du 5 mars 2024). Ainsi, les Drs C\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ sont en grande partie d'accord avec le médecin d'arrondissement E\_\_\_\_\_ et la CCR. Les principales différences sont que, d'après ces chirurgiens orthopédistes traitants (en partie C\_\_\_\_\_ et surtout I\_\_\_\_\_), le port de charges ne pourrait pas dépasser 3 à 5 kg, que ce soit de manière répétée ou isolée, et il devrait y avoir une alternance non seulement par rapport à la position debout mais aussi assise et même (de manière générale) statique, le patient devant pouvoir à certains moments marcher mais pas longtemps. Dernière différence essentielle : de l'avis de ces deux spécialistes, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles ainsi complétées, dans des tâches simples sans nécessité de concentration, il y a un besoin de pauses régulières durant la journée, ce qui est inclus dans la baisse de rendement de 20% retenue par le Dr I\_\_\_\_\_.

### **E. 3.2.3**

Ces appréciations des Drs C\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ sont compatibles avec les observations faites par l'ORIF selon le rapport d'intégration socioprofessionnelle établi le 18 mars 2022 par ce dernier. Y sont rapportées des douleurs fortes pendant les journées et les nuits, ainsi que la nécessité, pour un 100%, d'une fréquence quotidienne de moments de repos – pauses régulières – entre trois et quatre fois et jusqu'à 30 minutes, plus important que lorsqu'il est passé à 50% avec alors des pauses régulières d'une à deux fois 15 à 20 minutes par demi-journée. En audience (5 mars 2024), le recourant se déclare dans l'ensemble d'accord avec ces observations de l'ORIF, précisant avoir effectué, pour le 100% et par jour (de

### **E. 3.2.4**

Le médecin d'arrondissement E\_\_\_\_\_, dans son « appréciation médicale » du 2 mai 2023, indique prendre connaissance pour la première fois du rapport de l'ORIF du 18 mars 2022 au sujet duquel il écrit notamment « En conclusion, le status douloureux de l'assuré n'a pas de substratum objectif démontré pouvant expliquer les douleurs. (...) ». Selon lui, il n'y a « pas lieu de changer ce qui [avait] déjà été établi lors de [ses] appréciations précédentes, et

en particulier celle issue finalement du rapport de sortie de la CRR ». Cependant, de manière quelque peu contradictoire avec ce qui précède, il se montre ouvert à admettre des limitations fonctionnelles complémentaires par rapport à celles qu'il avait énoncées le 18 janvier 2021. Il écrit en effet : « Nous notons toutefois que l'assuré a du mal à rester en position assise et qu'il a besoin de pauses complémentaires et donc qu'il faut faire une étude plus détaillée et actualisée des capacités fonctionnelles de l'assuré » ; plus bas : « Ces limitations fonctionnelles doivent être actualisées et étudiées en milieu spécialisé ». Ce alors même que la mesure d'orientation professionnelle auprès de l'ORIF – sur mandat de l'AI – apparaît précisément être un milieu spécialisé apte à établir des constatations et formuler des observations au sujet des limitations fonctionnelles. Quoi qu'il en soit, d'après le médecin d'arrondissement, dans une activité adaptée, « l'exigibilité est à 100% sans perte de rendement ». Dans ses « appréciations médicales » – subséquentes – des 22 mars et 26 septembre 2024 ainsi que 16 janvier 2025, le Dr E.\_\_\_\_\_ ne fait plus état d'une ouverture pour des limitations fonctionnelles complémentaires mais semble désormais considérer que les douleurs du recourant à la hanche reposeraient sur des fondements qualifiés parfois d'origine dégénérative plutôt que post- traumatique. En outre, selon lui, aucune évaluation objective ni diagnostic objectif ne permet de conclure à ce que la hanche soit atteinte et responsable exclusivement des douleurs.

A/1338/2023 - 33/49 - Cela étant, malgré ces fluctuations d'avis, non clairement compréhensibles, le Dr E.\_\_\_\_\_ ne remet pas en cause le fait que les limitations fonctionnelles admises par lui gardent un lien de causalité, même éventuellement partiellement, avec l'accident du 13 avril 2019 assuré, une partie importante de ses remarques concernant du reste la question de l'utilité ou nécessité d'une prothèse totale de la hanche, question qui ne fait pas partie de l'objet du présent litige (cf. plus haut). Or, en vertu de l'art. 36 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 (al. 1). Les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité (IPAI) ainsi que les rentes de survivants sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident. Toutefois, en réduisant les rentes, on ne tiendra pas compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain (al. 2). Selon la jurisprudence, une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante – comme ici avec les prestations d'emblée versées par la SUVA après l'événement du 13 avril 2019 –, l'obligation de prêter 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 ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n. U 363 p. 46). Par ailleurs, dans le contexte de la suppression du droit à des prestations d'assurance sociales, le fardeau de la preuve incombe en principe à l'assureur-accidents (cf. ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). Dans le cas présent, d'une part, le médecin d'arrondissement ne soutient pas qu'au degré de la vraisemblance

prépondérante (cf. ATF 146 V 271 consid. 4.4), les causes accidentelles des atteintes à la santé du recourant à la hanche et à l'épaule gauche ne joueraient plus aucun rôle, ne serait-ce même que partiel (cf. ATF 142 V 435 consid. 1), et devraient ainsi être considérées comme ayant disparu (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_343/2022 du 11 octobre 2022 consid. 3.2 et les références). D'autre part, dans son rapport du 18 septembre 2020 faisant suite au seul examen clinique auquel il a procédé, le Dr E\_\_\_\_\_ admet des causes organiques (orthopédiques) aux douleurs du recourant à la hanche et à l'épaule gauche. Ce n'est qu'à partir du son « appréciation médicale » du 2 mai 2023 qu'il estime que

A/1338/2023 - 34/49 - le status douloureux de l'assuré n'aurait « pas de substratum objectif démontré pouvant expliquer les douleurs ». Il ne motive toutefois pas clairement ce changement d'appréciation, se contentant de formuler principalement d'autres hypothèses que celles envisagées jusqu'alors concernant les douleurs à la hanche. Notamment, selon lui, une explication possible aux douleurs serait la présence d'une éventuelle pathologie dégénérative au niveau lombaire irradiant dans la hanche, laquelle n'aurait pas encore été réellement investiguée. Certes, le rapport du 11 novembre 2024 du radiologue M\_\_\_\_\_, faisant suite à l'IRM de la colonne lombaire réalisée le même jour, semble confirmer l'existence d'atteintes à ladite colonne lombaire. De telles atteintes n'excluent toutefois pas en soi qu'elles puissent avoir un lien de causalité avec l'accident, ce même partiellement, comme le relève le Dr I\_\_\_\_\_ le 20 novembre 2024 en mentionnant une cause dégénérative et une autre post-traumatique pour expliquer les douleurs au niveau du rachis lombaire. Au demeurant, selon le rapport de synthèse du 29 décembre 2022 de la CRR – sur lequel la SUVA et le Dr E\_\_\_\_\_ se fondent pour assoir leur position sans en remettre en cause à un moment donné son actualité –, « les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour (cf. liste diagnostics) » (en gras dans ledit rapport). Enfin, on ne voit pas sur quelle base le médecin d'arrondissement pourrait proposer – comme il le fait – une diminution d'intégrité découlant des atteintes à la hanche et à l'épaule gauche donnant droit à une IPAI sans reconnaître au préalable un substrat objectif. Partant, les douleurs du recourant à la hanche et à l'épaule gauche ainsi que leurs conséquences, en termes de limitations fonctionnelles et de capacité de travail / rendement, sont rattachées, en causalité au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'accident du 13 avril 2019, ce qui n'exclut pas une éventuelle influence négative résiduelle de facteurs dégénératifs et/ou psycho-sociaux. Important donc peu les éventuelles divergences entre le médecin d'arrondissement et le Dr I\_\_\_\_\_ au sujet notamment des adhérences, de l'origine des douleurs, y compris quant à leur lieu de provenance (hanche ou colonne lombaire, ou autre), ainsi que de la progression ou non d'une coxarthrose.

### **E. 3.3**

En définitive, en rapport de causalité – même le cas échéant partielle – avec l'accident en cause, les limitations fonctionnelles – indépendamment de la question des pauses – sont : pour la hanche : le travail statique en position debout ou assise prolongée – avec un besoin de changements de positions, y compris pour la marche, relativement réguliers mais pas trop fréquents –, les déplacements rapides et/ou fréquents et/ou prolongés, le piétinement ainsi que le port de charges lourdes (de plus de 15 kg) ; pour l'épaule gauche : tout travail nécessitant une élévation rapide ou fréquente en direction de l'horizontal, tout travail le bras au-dessus de l'horizontal, tout soulèvement de charges de plus de 15 kg (selon le médecin d'arrondissement E\_\_\_\_\_ et la CRR) – ou 5 kg (selon le Dr I\_\_\_\_\_) – et en direction de

l'horizontal au maximum 10 kg – ou 3 à 5 kg – s'il s'agit de

A/1338/2023 - 35/49 - soulèvements en élévation et en porte-à-faux ; tout soulèvement répétitif de charges de plus de 5 à 10 kg – ou 3 à 5 kg – au-dessus des épaules et en porte-à-faux ; une activité sédentaire est à privilégier. À ce stade de l'examen juridique du cas et au regard de l'ensemble des circonstances, il n'est pas déterminant de savoir précisément si le port de charges ne peut pas dépasser 15, 10, 5 ou 3 kg. En effet, comme cela ressort notamment des rapports de l'ORIF et de la CRR, de même que de la jurisprudence (cf., à titre d'exemples qui se complètent, arrêts du Tribunal fédéral 8C\_507/2022 du 28 novembre 2022 consid. 6.4 ; 8C\_659/2021 du 17 février 2022 consid. 4.3.1 ; 8C\_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.1.4 ; 8C\_366/2013 du 18 juin 2013 consid. 4.2), il existe en tout état de cause un nombre suffisant d'emplois avec des charges suffisamment légères pour le recourant parmi les activités simples et répétitives du niveau de compétence 1 de l'ESS appliquée en l'occurrence par la SUVA pour la détermination du revenu d'invalidé. À cet égard, concernant les limitations fonctionnelles, le rapport de la CRR « Évaluation des capacités fonctionnelles (version courte) », établi par une physiothérapeute diplômée à la suite d'une évaluation du 7 décembre 2022, mentionne une « autolimitation » uniquement pour le « lever du sol à hauteur de la taille "et relève que" la volonté de donner le maximum aux différents tests peut être considérée comme réelle et le niveau de cohérence pendant l'examen comme moyen ». Il en découle que les limitations fonctionnelles retenues ci-dessus reposent sur des substrats organiques objectivés et que des facteurs psycho-sociaux défavorables ne pourraient avoir sur ce point qu'une influence faible.

#### **E. 3.4**

Finally, concernant la capacité de travail, doit encore être tranchée la question de savoir si, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées ci-dessus, le recourant subit ou non une diminution de rendement et, si oui, de quel pourcentage, en raison d'une baisse de performance et/ou d'une nécessité d'effectuer régulièrement des pauses.

##### **E. 3.4.1**

Le premier chirurgien orthopédiste traitant C\_\_\_\_\_ a noté, le 9 novembre 2020 – soit avant les observations faites par l'ORIF à la suite de la mesure d'orientation professionnelle –, que la capacité de travail du patient dans une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles est de « 100% pour une activité sédentaire (bureau), dès maintenant ». Par la suite, le 20 juin 2022, ce spécialiste a estimé que capacité de travail dans une activité bien adaptée telle que proposée dans le rapport de l'ORIF et avec des pauses adéquates dans la journée pourrait être complète. Or de telles pauses ne seraient pas susceptibles de dépasser en termes de durée celles que l'assuré avait prises dans le cadre de la mesure d'orientation professionnelle. Quant au Dr I\_\_\_\_\_, il ne s'est prononcé au sujet de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles que bien après ladite mesure d'orientation professionnelle et après avoir pris connaissance selon toute

A/1338/2023 - 36/49 - vraisemblance du rapport de l'ORIF ou à tout le moins des éléments essentiels de son contenu. Ainsi, par leurs appréciations, ces chirurgiens orthopédistes traitants ne s'écartent aucunement des observations faites par l'ORIF mais montrent qu'ils dépendent de celles-ci en matière de fixation de la diminution de la capacité de travail ou du rendement.

##### **E. 3.4.2**

Quant au médecin d'arrondissement E\_\_\_\_\_, il n'a pas contesté de manière précise et probante les observations effectuées par l'ORIF, mais il s'est montré dans un premier temps – le 2 mai 2023 – ouvert à celles-ci, avant de s'opposer à toute baisse de rendement sur la base d'arguments – absence de substrat objectivable – non fondés, comme vu plus haut.

#### **E. 3.4.3**

Il résulte de ce qui précède que les observations effectuées par l'ORIF ne sont pas remises en cause de manière probante par les différents médecins qui se sont prononcés sur la situation de l'assuré. Ainsi, la jurisprudence selon laquelle les appréciations des médecins l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne concernée pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_486/2022 du 17 août 2023 consid. 6.5 et la référence citée) ne s'applique pas ici. Il convient au contraire de partir, pour l'examen ci-après de la question d'une éventuelle incapacité de travail – ou baisse de rendement –, des observations de l'ORIF complétées par celles de la CRR et par les avis médicaux pertinents.

#### **E. 3.4.4**

Comme vu plus haut, sur la base des rapports de l'ORIF et de la CRR, apparaît établie l'apparition de « douleurs limitantes » après une certaine durée, de moins de 2 heures à tout le moins, d'où découle notamment la nécessité d'effectuer des pauses régulières, au moins toutes les 2 heures. S'agissant tout d'abord des pauses, pour un emploi à 100%, et au regard de l'ensemble des circonstances, en particulier des observations effectuées par l'ORIF, compte tenu de la pause d'une durée suffisante pour manger à midi prévue en général par les employeurs, il apparaît raisonnable d'admettre une pause régulière de 30 minutes coupant la matinée et une autre de 30 minutes au milieu de l'après-midi, ce qui correspond à une pause en moyenne toutes les 2 heures. N'y change rien le fait que le Dr I\_\_\_\_\_ fait état d'un besoin de pauses de 10 à 15 minutes toutes les 2 heures, car il l'exprime pour un 60 ou 80%, donc dans le cas d'une baisse de rendement de déjà au moins 20% ; pour le reste, ce taux-ci apparaît être indiqué de manière trop imprécise pour être éventuellement admis. Certes, selon l'avis du 6 juillet 2022 du SMR se référant à l'opposition formée par l'assuré contre le projet de l'OAI et au rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 20 juin 2022,

A/1338/2023 - 37/49 - ses conclusions du 1er juin 2021 restent valables ; néanmoins, il est possible d'admettre et d'ajouter les limitations fonctionnelles suivantes : « possibilité d'alterner les positions assis-debout et possibilité de pauses régulières. À raison de 4 pauses de 30 minutes chacune maximum (selon rapport ORIF du [18 mars 2022]), on peut admettre une baisse de rendement de 2 heures [par jour], soit 25% » ; ainsi, toujours d'après le SMR, la capacité de travail médico-théorique dans une activité adaptée était de 100% depuis le 17 novembre 2020 « avec possible baisse de rendement de 25% en raison de la nécessité de pauses régulières ». Cependant, selon la jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité (AI) n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_679/2020 du 1er juillet 2021 consid. 5.1). Il est donc admissible d'évaluer l'invalidité de l'intimé indépendamment de la décision rendue en matière d'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.1). En l'occurrence, comme vu un peu plus haut, compte tenu d'une pause usuelle pour le repas de midi, on ne voit pas de nécessité de plus de deux pauses régulières

de 30 minutes par jour. Cela étant, ne peut être retenue ici, au titre de baisse de rendement, qu'une pause de 30 minutes. En effet, l'autre pause de 30 minutes est déjà prescrite par la loi, car, conformément à l'art. 15 de la loi fédérale sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce du 13 mars 1964 (LTr - RS 822.11), le travail sera interrompu par des pauses d'au moins une demi-heure, si la journée de travail dure plus de 7 heures (al. 1 let. b), les pauses comptant comme travail lorsque le travailleur n'est pas autorisé à quitter sa place de travail (al. 2). Sur une journée de travail de 8 heures (480 minutes au total), 30 minutes représentent 6.25% ( $[30 \times 100] / 480$ ). Outre la question des pauses régulières, il ressort des observations de l'ORIF et de la CRR que les douleurs du recourant à la hanche et à l'épaule gauche entraînent, après une durée de travail de moins de 2 heures (donc avant les pauses et fins de journée), une gêne sérieuse dans les mouvements, un besoin de changer de position – limitation fonctionnelle retenue plus haut – susceptible de suspendre ou freiner provisoirement l'exécution une tâche et de réduire ainsi la performance (cf. notamment, dans ce sens, le rapport du 20 juin 2022 du Dr C\_\_\_\_\_ selon lequel, « à cause de sa douleur de la hanche, [le patient] a besoin d'alterner des positions assez souvent et visiblement de prendre des pauses régulièrement dans la journée »), ainsi que d'entraîner, selon le Dr I\_\_\_\_\_ et l'expérience générale de la vie, une légère diminution de la concentration. Même s'il est difficile de chiffrer en nombre de minutes ou en pourcentage précis ladite part de diminution de rendement non constituée par les pauses régulières, il doit être considéré comme raisonnable qu'en moyenne, cette part soit égale à la

A/1338/2023 - 38/49 - durée journalière des pauses déjà admise à concurrence de 30 minutes, ce qui donne en tout une baisse de rendement d'une heure par jour. Les constatations et appréciations qui précèdent sont confirmées par le fait que, globalement, l'assuré a montré une bonne motivation et a accompli les efforts nécessaires dans les ateliers organisés par l'ORIF et la CRR. Les facteurs psycho-sociaux défavorables, à savoir une « projection dans l'intégration professionnelle » seulement satisfaisants et une « élaboration d'un projet » faible selon l'ORIF et une kinésiophobie modérée, un catastrophisme élevé et une perception du handicap fonctionnel élevé (sous-estimation des aptitudes fonctionnelles, d'après l'évaluation des capacités fonctionnelles) d'après la CRR, apparaissent avoir qu'un impact très limité par rapport aux éléments factuels et objectifs de diminution de rendement tels que décrit ci-dessus. Au regard de l'ensemble des circonstances particulières et en raison des atteintes somatiques, il convient d'admettre au total, par rapport à la moyenne des heures travaillées en Suisse de 41.7 heures, une diminution de rendement de 12% ( $[5 \text{ heures de baisse de rendement pour cinq jours ouvrables par semaine} \times 100] / 41.7$ ) dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles retenues plus haut.

### **E. 3.4.5**

Par appréciation anticipée des preuves (cf. à ce sujet notamment ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d), une expertise médicale, qu'elle doive être mise en œuvre par la caisse (art. 44 LPGa) sur renvoi ou qu'il s'agisse d'une expertise judiciaire, ne serait pas nécessaire ou utile. En effet, le fait que les rapports des Drs E\_\_\_\_\_, C\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ ont tous une certaine valeur probante n'a pas empêché que, vu les circonstances particulières, la chambre de céans parvienne à aplanir les divergences pour arriver à des conclusions convaincantes au degré de la vraisemblance prépondérante. Les divergences entre les chirurgiens traitants et le médecin d'arrondissement de la SUVA sont en réalité d'ampleur limitée, et la diminution de rendement de 12% découle d'une conjonction de

nombreux éléments et indices s'avérant, après une analyse détaillée, concordants et probants.

### **E. 3.5**

À la fin de la présente procédure de recours, les parties ont posé la question de l'existence d'éventuels troubles psychiques, en raison, selon l'intimée, de plaintes douloureuses de l'intéressé à la hanche gauche ne concordant pas avec les éléments somatiques objectifs, de même que la question du lien de causalité adéquate entre l'accident du 13 avril 2019 et lesdits troubles psychiques.

#### **E. 3.5.1**

En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas

A/1338/2023 - 39/49 - objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 134 V 109 consid. 2.1 ; 117 V 359 consid. 6 ; 117 V 369 consid. 4b ; 115 V 133 consid. 6 ; 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 140 V 356 consid. 3.2 ; 134 V 109 consid. 2.1 ; 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa). En cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'examen se fait en revanche sur la base de critères particuliers n'opérant pas de distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes, lorsque les symptômes attribuables de manière crédible au tableau clinique typique se trouvent au premier plan (ATF 134 V 109 consid. 10.3 ; 117 V 359 consid. 6a) ; toutefois, lorsque les troubles psychiques constituent une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique caractéristique habituellement associé aux traumatismes en cause, il y a lieu de se fonder sur les critères applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident (ATF 134 V 109 précité consid. 9.5 ; 127 V 102 consid. 5b/bb).

#### **E. 3.5.2**

Dans le cas présent, ni des troubles psychiques ni un éventuel traitement au plan psychiatrique ne ressortent des allégués du recourant ou même du dossier. En outre, comme considéré plus haut, les plaintes douloureuses de l'assuré ont pour une grande part un substrat organique objectivé. Enfin, les facteurs psycho-sociaux défavorables mentionnés plus haut (une « projection dans l'intégration professionnelle » seulement satisfaisants et une « élaboration d'un projet » faible selon l'ORIF et une kinésiophobie modérée, un catastrophisme élevé et une perception du handicap fonctionnel élevé d'après la CRR) ne relèvent manifestement pas d'éventuelles atteintes psychiques, faute notamment d'une intensité suffisante. Il n'y a dès lors pas de place ici pour une quelconque prise en compte d'éventuels troubles psychiques.

### **E. 3.6**

En conclusion, une incapacité de travail, sous forme de diminution de rendement, et incapacité de gain, de 12%, doit être reconnue dès le 1er juillet 2021.

### **E. 3.7**

Ensuite, s'agissant de l'autre point objet du litige, la caisse fait valoir que la conclusion du recours de l'intéressé tendant à une IPAI supérieure à 20%, qui n'aurait selon elle pas été formulée dans l'opposition du 29 juin 2022 contre sa décision initiale, sortirait ainsi de l'objet du litige et serait irrecevable (cf. à ce sujet, notamment, arrêt du Tribunal 8C\_736/2023 du 2 octobre 2024 consid. 5 et les références citées).

A/1338/2023 - 40/49 -

#### **E. 3.7.1**

Cela étant, l'intimée semble ne pas avoir vu que le recourant a, dans son opposition, contesté non seulement la non-reconnaissance d'un droit à une rente d'invalidité mais « également le pourcentage de diminution d'intégrité ». Il s'agit clairement d'une conclusion tendant au versement d'une IPAI au taux supérieur à 20%. Le fait que cette conclusion n'ait été formulée que dans l'écrit d'opposition du 16 juin 2022, sans être reprise dans le complément du 29 juin 2022, ne signifie nullement que l'assuré y aurait renoncé. Le fait que la SUVA ne se soit pas prononcée sur cette conclusion en fixation d'une IPAI à un taux supérieur à 20% pourrait constituer un refus de statuer, constitutif d'un déni de justice au sens de l'art. 56 al. 2 LPGA (cf. Jean MÉTRAL, in Commentaire romand, LPGA, 2ème éd., 2025, n. 48 ad art. 56 LPGA). La procédure juridictionnelle administrative peut toutefois être étendue pour des motifs d'économie de procédure à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins. Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes : la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée ; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige ; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins ; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (ATF 130 V 501 consid. 1.2 et les références ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_736/2023 précité consid. 6.2.3 ; 9C\_678/2019 du 22 avril 2020 consid. 4.4.1 et les références). Dans le cas présent, la question du taux de l'IPAI est traitée dans l'« appréciation médicale » du 16 février 2023 du Dr E\_\_\_\_\_ qui précède le prononcé de la décision sur opposition attaquée. De surcroît, ledit médecin d'arrondissement, par « appréciation médicale » du 26 septembre 2024, sur question de la caisse et au regard des nouvelles pièces du dossier, confirme le taux d'atteinte à l'intégrité de 20%. Cette conclusion du Dr E\_\_\_\_\_ est implicitement adoptée par l'intimée, qui fonde son écriture du 11 octobre 2024 quasiment uniquement sur l'« appréciation médicale » du 26 septembre 2024 précitée. Au regard de ces circonstances particulières, il serait contraire au principe d'économie de procédure de renvoyer la cause à la SUVA pour qu'elle statue sur cette conclusion tendant à la fixation d'un taux d'IPAI supérieur à 20%, mais il se justifie d'examiner au fond celle-ci ci-après, dans la mesure où elle est recevable vu l'absence de motivation à son appui.

A/1338/2023 - 41/49 -

### **E. 3.7.2**

Les trois « appréciations médicales » – des 18 janvier 2021, 16 février 2023 et 26 septembre 2024 – du Dr E\_\_\_\_\_ qui traitent de l'IPAI ont le même contenu sur ce point. Selon le médecin d'arrondissement, en se référant à la table 2 de la SUVA concernant les atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs (table téléchargeable depuis « <https://www.suva.ch/fr-ch/download/fiches-thematiques/tableau-02---atteinte-a-l-integrite-resultant-de-troubles-fonctionnels-des-membres-inferieurs/standard-variante> »), la hanche du recourant est très partiellement bloquée et douloureuse, « sans qu'on soit certain qu'il s'agisse d'elle, mais probablement en vraisemblance prépondérante » ; le taux y est d'au maximum 30%. En réalité, étant donné que ce blocage est très limité, on retient seulement 5%. Concernant l'atteinte du membre supérieur gauche, il faut se référer à la table 1 – y afférente – de la SUVA (table téléchargeable depuis « <https://www.suva.ch/fr-ch/download/fiches-thematiques/tableau-01---atteinte-a-l-integrite-resultant-de-troubles-fonctionnels-des-membres-superieurs/standard-variante--2870/1.F> »). Pour une épaule mobile jusqu'à l'horizontale, le taux est de 15%. On additionne ce pourcentage à celui relatif à la hanche, ce sans pondération, compte tenu des atteintes différentes, pour parvenir à un taux de 20%.

### **E. 3.7.3**

Le recourant n'émet aucun grief précis à l'encontre de ce taux d'IPAI de 20%, qui est fixé de manière motivée par le médecin d'arrondissement de la SUVA. Au demeurant, le taux de 5% pour la hanche apparaît cohérent par rapport au fait que l'atteinte restante à la hanche est, comme vu plus haut, la cause seulement d'une part de baisse de rendement et de limitations fonctionnelles réduite par rapport à celle relative à l'épaule gauche. De surcroît, dans son rapport du 20 juin 2022, le Dr C\_\_\_\_\_ partage « parfaitement » l'estimation du Dr E\_\_\_\_\_ relativement à l'estimation de l'atteinte à l'intégrité. Dans ces conditions, il n'y a pas matière à une remise en cause du taux d'IPAI de 20%, sans qu'une éventuelle expertise médicale sur ce point puisse avoir une quelconque utilité. 4. Il reste à procéder à la détermination du degré d'invalidité, sur la base d'une comparaison des revenus sans et avec invalidité. 4.1 Chez les assurés actifs – comme c'est le cas en l'occurrence –, 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).

A/1338/2023 - 42/49 - En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces 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). 4.2 Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la

personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (cf. ATF 134 V 322 consid. 4.1). Il est néanmoins possible de s'écarter du salaire réalisé en dernier lieu lorsqu'on ne peut le déterminer sûrement, notamment lorsqu'il est soumis à des fluctuations importantes ; il faut alors procéder à une moyenne des gains réalisés sur une période relativement longue (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_2/2023 du 7 septembre 2023 consid. 3.2 et les références ; 8C\_157/2023 du 10 août 2023 consid. 3.2 et la référence). 4.3 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'invalidé 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). La table TA1\_skill\_level de l'ESS repose sur un système de niveaux de compétence par branches économiques alors que la table T17 repose sur un système de groupes de professions organisé selon des niveaux de compétences homogènes pour chaque grand groupe (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_709/2023 du

## E. 8

mai 2024 consid. 6.2.1). 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). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a récemment

A/1338/2023 - 43/49 - estimé qu'il n'y a pas de motif sérieux et objectif de modifier la jurisprudence selon laquelle la détermination du revenu d'invalidé sur la base des valeurs statistiques se fonde en principe sur la valeur centrale, respectivement médiane, de l'ESS (ATF 148 V 174 consid. 9.2.3 et 9.2.4). Il convient par ailleurs 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). 4.4 En assurance-accidents, sur la base de la délégation législative de l'art. 18 al. 2 LAA, le Conseil fédéral a édicté l'art. 28 OLAA, qui contient des prescriptions particulières pour l'évaluation de l'invalidité dans des cas spéciaux. L'art. 28 al. 4 OLAA dispose que si, en raison de son âge, l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative après l'accident ou si la diminution de la capacité de gain est due essentiellement à son âge avancé, les revenus de l'activité lucrative déterminants pour l'évaluation du degré d'invalidité sont ceux qu'un assuré d'âge moyen dont la santé a subi une atteinte de même gravité pourrait réaliser. Cette disposition vise deux situations : premièrement, elle s'applique si l'assuré, en raison de son âge, ne reprend plus d'activité lucrative après l'accident (variante I). Les conditions de cette variante sont remplies lorsque l'assuré dispose, au terme du traitement médical, d'une capacité de travail résiduelle au moins partielle, mais ne la met plus en valeur à cause de son âge. C'est notamment le cas si l'assuré atteint l'âge légal de la retraite pendant la période entre l'accident et la fin du traitement médical. La deuxième situation est celle où l'atteinte à la capacité de gain a principalement pour origine l'âge avancé de l'assuré (variante II). Cette variante est également applicable lorsque l'âge avancé n'est pas un facteur qui a une incidence sur l'exigibilité, mais qu'il est malgré tout un obstacle à la mise en valeur de la

capacité résiduelle de gain, notamment parce qu'aucun employeur n'est disposé à engager un employé présentant des atteintes à la santé pour un laps de temps très court avant l'ouverture de son droit à une rente de l'AVS (ATF 148 V 419 consid. 7.2 et les références). L'art. 28 al. 4 OLAA s'applique seulement lorsqu'il y a des indices concrets que l'âge de l'assuré revêt une importance prépondérante par rapport aux autres facteurs à l'origine de l'incapacité de gain (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_507/2022 du 28 novembre 2022 consid. 5.1.3 et les références). En l'occurrence, aucune des parties ne fait valoir une éventuelle application de cet art. 28 al. 4 OLAA, et le recourant, bien que qu'âgé d'environ 60 ans au moment de la naissance de la naissance d'un éventuel droit à une rente d'invalidité – en été 2021 – n'apparaît réaliser les conditions d'aucune des deux variantes précitées, de sorte que cette disposition ne s'applique pas dans le présent cas. 5.

5.1 Dans le cas présent, d'une part, la caisse apparaît, pour des raisons inconnues, avoir versé des indemnités journalières jusqu'au 31 août 2021 (cf. le document de

A/1338/2023 - 44/49 - son dossier n° 215 du 8 septembre 2021 cité plus haut). D'autre part, l'OAI a organisé, du 27 septembre 2021 au 28 février 2022, une mesure d'orientation professionnellement, le versement de l'indemnité journalière de l'AI durant cette période. Ainsi, en vertu de l'art. 30 al. 1 OLAA (sur délégation de l'art. 19 al. 3 LAA), et si la comparaison des revenus sans et avec invalidité qui suivra le permettait, l'assuré aurait droit à une rente transitoire du 1er au 26 septembre 2021, veille du versement de l'indemnité journalière de l'AI (cf. art. 30 al. 1, dernière phrase, let. a, OLAA), puis, à l'issue de la mesure de réadaptation professionnelle, donc à compter du 1er mars 2022, droit à une rente – ordinaire – d'invalidité de l'assurance-accident (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents étant en principe né en 2021, les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à cette année-ci. 5.2 Concernant le revenu sans invalidité, c'est à juste titre que l'intimée, dans sa décision sur opposition querellée, part du principe que, sans la survenance de son accident, le recourant aurait continué d'exercer son ancienne activité de déménageur. À teneur de la « déclaration de sinistre LAA », des bulletins de salaire mensuels de début 2019 ainsi que du « questionnaire pour l'employeur » complété le 14 novembre 2019 par l'employeur, le salaire brut mensuel de l'assuré s'élevait alors à CHF 5'300.-, plus la « gratification / 13ème mois » de CHF 294.45, soit au total CHF 5'594.45 par mois, ce qui, multiplié par 12, donne CHF 67'133.- (arrondi) par année, salaire quasiment identique depuis 2011 selon l'extrait de compte individuel AVS (ci-après : CI). Contrairement à ce que retient la caisse, l'année de naissance du droit à la rente d'invalidité est 2021, vu la stabilisation de l'état de santé dès l'été 2021. En outre, l'indice suisse des salaires (ISS) montre une augmentation des salaires nominaux de 0.8% en 2020 puis une diminution de 0.2% en 2021 (cf. notamment, sur internet, « <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr.assetdetail.35627107.html> »), données qui ont été publiées de manière définitive dans le communiqué de presse « Recul des salaires nominaux de 0.2% en 2021 et de 0.8% des salaires réels » de l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) du 1er juin 2022 et dont l'intimée disposait donc au moment du prononcé de sa décision sur opposition querellée (cf., a contrario, arrêt du Tribunal fédéral 8C\_659/2022, 8C\_707/2022 du 2 mai 2023 consid. 7.2 ; ATAS/686/2025 du 16 septembre 2025 consid. 7.3.2 ; ATAS/77/2024 du 5 février 2024 consid. 13.3). On ne voit pas en quoi une évolution de l'ISS spécifique pour les hommes devrait être prise en compte. Ainsi, suivant l'ISS, le salaire annuel brut de l'intéressé aurait dû se monter à CHF 67'670.- en 2020 et à CHF 67'535.- en 2021, ce dernier montant constituant le revenu sans invalidité à

prendre en considération.

A/1338/2023 - 45/49 - 5.3 Pour ce qui est du revenu avec invalidité, la caisse est partie – à juste titre – de l'ESS 2020, « Secteur privé », TA1\_skill-level, publiée le 23 août 2022 par l'OFS et accessible par internet (« <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/actualites/quoi-de-neuf.assetdetail.22988245.html> »), plus précisément du salaire mensuel brut (pour 40 heures par semaines) pour les hommes sous « total » pour le niveau de compétence 1 (tâches physiques ou manuelles simples), c'est-à-dire CHF 5'261.-, qu'elle a annualisé à CHF 63'132.- après l'avoir multiplié par 12. Ce revenu a ensuite été ajusté en fonction de la moyenne des heures travaillées en Suisse (41.7 heures), ce qui donne CHF 65'815.-. Il convient de déduire une diminution selon l'ISS de 0.2% en 2021 – et non 0.7% comme retenu par l'intimée –, d'où un salaire statistique de CHF 65'681.- en 2021. Il faut encore en déduire le taux d'incapacité de travail – et d'incapacité de gain – de 12%, ce dont résulte un revenu d'invalidité de CHF 57'799.-, avant un éventuel abattement. 5.4 Reste la question d'un éventuel abattement – ou réduction supplémentaire – sur ce revenu d'invalidité. 5.4.1 En assurance-accidents comme en AI, 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 évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, 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). En cas de baisse de rendement, l'abattement doit être appliqué à la part du salaire statistique que l'assuré est toujours susceptible de réaliser malgré sa baisse de rendement et ne saurait en aucun cas être additionné au taux de la diminution de rendement, puis il convient de déduire le résultat obtenu de ladite part salariale. La

A/1338/2023 - 46/49 - différence obtenue correspond à la perte de gain effective et donne le taux d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_692/2017 du 12 mars 2018 consid. 5). À l'instar – d'une manière générale – des limitations liées à la santé et déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail (cf. ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et ss. et les références), les limitations fonctionnelles justifiant une diminution de rendement déjà prises en compte dans l'évaluation de la capacité de travail n'ont pas à être retenues une seconde fois lors de la détermination de l'abattement (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_778/2020 du 27 août 2021 consid. 6 et la référence), étant donné que, lorsqu'une personne assurée est capable de travailler à plein temps mais avec une diminution de rendement, celle-ci est prise en considération dans la

fixation de la capacité de travail. Il n'y a pas lieu, en sus, d'effectuer un abattement à ce titre (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_780/2023 du 23 avril 2024 consid. 6 et les références). Concernant encore l'abattement pour les limitations fonctionnelles, on rappellera 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 (ATF 148 V 419 consid. 6 et les références). La prise en compte d'un abattement lié aux années de service n'est pas justifiée dans le cadre du choix du niveau de compétences 1 de l'ESS, l'influence de la durée de service sur le salaire étant peu importante dans cette catégorie d'emplois qui ne nécessitent ni formation ni expérience professionnelle spécifique (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_546/2023 du 28 mars 2024 consid. 6.2.3. et la référence). Si l'âge est invoqué en tant que critère d'abattement du salaire selon l'ESS et que l'art. 28 al. 4 OLAA ne s'applique pas, le point de savoir si, dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, l'âge avancé peut constituer un critère d'abattement ou si l'influence de l'âge sur la capacité de gain doit être prise en compte uniquement dans le cadre de la réglementation particulière de l'art. 28 al. 4 OLAA, n'a pas encore été tranché par le Tribunal fédéral (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_682/2023 du 24 avril 2024 consid. 4.3.2 et les références). Selon la jurisprudence, l'âge d'un assuré ne constitue pas en soi un facteur de réduction du salaire statistique. Autrement dit, il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. Le Tribunal fédéral a insisté sur ce point et a affirmé que l'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation et l'expérience professionnelles de l'assuré concerné (ATF 148 V 419 consid. 8.2 et la référence). Le Tribunal fédéral a jugé notamment, à propos d'un assuré ayant atteint 62 ans à la naissance du droit à la rente, qu'il n'y avait pas d'indices suffisants pour retenir qu'un tel âge représentait un facteur pénalisant par

A/1338/2023 - 47/49 - rapport aux autres travailleurs valides de la même catégorie d'âge, eu égard aux bonnes qualifications professionnelles de celui-ci (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_439/2017 du 6 octobre 2017). Dans un arrêt concernant une assurée âgée de 58 ans au moment de la naissance d'un éventuel droit à la rente, le Tribunal fédéral a rappelé que dans la mesure où les activités envisagées du niveau de compétence 1 ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique, les effets pénalisants au niveau salarial induits par l'âge ne peuvent pas être considérés comme suffisamment établis. En outre, ces emplois non qualifiés sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur un marché du travail équilibré (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 4.3.2 et les références). En matière d'abattement, 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). 5.4.2 En l'espèce, est exclu un abattement en raison des limitations fonctionnelles, dans la mesure où, d'une part, celles-ci ont déjà été prises en considération pour la fixation de l'incapacité de travail et où, d'autre part, sur un marché du travail équilibré, il y a un éventail suffisamment large d'activités compatibles avec les limitations fonctionnelles de l'assuré. En outre, vu le niveau de compétences 1 de l'ESS, les années de service de l'intéressé ne pourraient pas justifier un abattement. Eu égard aux bonnes qualifications professionnelles du recourant en tant que chauffeur déménageur et au fait que, selon le Tribunal fédéral, les emplois non qualifiés du niveau de compétence 1 de l'ESS sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur un marché du travail équilibré, un abattement pour cause d'âge ne peut pas être admis, quand bien même l'assuré a eu 60 ans en 2021. Si le recourant est, au plan professionnel, défavorisé par l'absence d'une quelconque formation au-delà de l'école obligatoire, par la méconnaissance de l'informatique et du français à tout le moins écrit ainsi que par des lacunes importantes notamment en matière organisationnelle, en lecture d'un plan et en vision 3D, il n'en demeure pas moins que, selon la jurisprudence, les activités

A/1338/2023 - 48/49 - envisagées du niveau de compétence 1 ne requièrent ni formation ni expérience professionnelle spécifique. Il n'a dès lors pas de place pour un abattement. 5.5 En définitive, la comparaison entre le revenu sans invalidité de CHF 67'535.- et celui avec invalidité de CHF 57'799.- conduit à un degré d'invalidité de 14.42%, qu'il faut arrondir à 14%. 6. Vu ce qui précède, le recours est rejeté, dans la mesure de sa recevabilité, en tant qu'il porte sur l'IPAI, mais il est partiellement admis concernant le droit à une rente d'invalidité, la décision sur opposition querellée étant réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente transitoire de 14% du 1er au 26 septembre 2021, puis, à partir du 1er mars 2022, à une rente d'invalidité de 14% également. 7. Étant donné que le recourant obtient partiellement gain de cause, une indemnité, légèrement réduite, de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimée (art. 61 let. g LPA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5.10.03). La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA et vu l'art. 61 let. fbis LPGa).

A/1338/2023 - 49/49 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant

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