

# **GE\_GERICHTE A/3007/2024 vom 8. Mai 2025**

GE Cour de justice, 2025-05-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3007\\_2024](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3007_2024)

FR: GE\_GERICHTE A/3007/2024 du 8 mai 2025

IT: GE\_GERICHTE A/3007/2024 del 8 maggio 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 de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 1.2**

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, 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 56 ss LPGA, applicables par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA ; art. 62 ss et 89A de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA ■ E 5 10]), le recours est recevable.

### **E. 2**

Le litige porte sur le degré d'invalidité déterminant la rente allouée dès le 1<sup>er</sup> janvier 2024.

### **E. 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 et les références).

### **E. 3.2**

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

### **E. 3.3**

Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et 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). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement

médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1, 1 re phr. LAA). Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2 e phr. LAA). Il cesse également s'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, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; 133 V 57 consid. 6.6.2). Une telle amélioration doit être évaluée au regard de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre du traitement médical, une amélioration insignifiante de celle-ci n'étant pas suffisante. Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire. L'art. 19 al. 1 LAA délimite ainsi du point de vue temporel le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3). Autrement dit, l'assureur-accidents est tenu d'octroyer une indemnité journalière et de prendre en charge le traitement médical aussi longtemps qu'il y a lieu d'attendre une amélioration notable de l'état de santé. Si une telle amélioration ne peut plus être envisagée, il doit clore le cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4.2).

#### **E. 4**

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

#### **E. 4.1**

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 137 V 210 consid. 1.3.4 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

#### **E. 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 l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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).

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

traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

#### **E. 4.4**

Le but des expertises multidisciplinaires est de recenser toutes les atteintes à la santé pertinentes et d'intégrer dans un résultat global les restrictions de la capacité de travail qui en découlent. L'évaluation globale et définitive de l'état de santé et de la capacité de travail revêt donc une grande importance lorsqu'elle se fonde sur une discussion consensuelle entre les médecins spécialistes participant à l'expertise. La question de savoir si, et dans quelle mesure, les différents taux liés aux limitations résultant de plusieurs atteintes à la santé s'additionnent, relève d'une appréciation spécifiquement médicale, dont le juge ne s'écarte pas, en principe (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_162/2023 du 9 octobre 2023 consid. 2.3 et les références).

#### **E. 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 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 ; 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. 5.2**

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).

#### **E. 6.1**

En l'espèce, il convient, en premier lieu, d'examiner la valeur probante des documents médicaux au dossier, en particulier le rapport d'expertise du CEMEDEX du 4 juin 2024 sur

lequel s'est fondé l'intimée pour rendre la décision litigieuse. En premier lieu, la chambre de céans constate que ce rapport d'expertise remplit, sur le plan formel, les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Il contient en effet le résumé du dossier, une anamnèse, les indications subjectives du recourant, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale et consensuelle du cas. Chacun des experts a en outre énoncé les diagnostics retenus et répondu à toutes les questions posées. Par ailleurs, au terme du colloque de synthèse, ces derniers ont ainsi retenu les diagnostics de status après pose d'un fixateur externe du membre supérieur droit le 17 septembre 2019 pour une fracture comminutive de la palette humérale droite ouverte de type Gustilo 2 (code S41.1 CIM-10), status après réduction et ostéosynthèse de la palette humérale droite par plaque et vis via olécranotomie associée à une neurolyse des nerfs ulnaires radiales le 24 septembre 2019 (code S42.4 CIM-10), status après enclouage centro-médullaire de l'humérus proximal droit le 24 septembre 2019 pour une fracture de trois fragments selon Neer de l'humérus proximal droit déplacé (code S42.4 CIM-10), status après fracture du crâne occipital droit (Anderson et Montesano) au niveau du foramen magnum, traitée conservativement par minerve, avec céphalées post-traumatiques à topographie occipitale, compensées par la prise d'antalgiques (code 8A84.1 CIM-11), vertiges et instabilité persistante dont l'origine pourrait être une mauvaise proprioception cervico-occipitale (code AB32.0 CIM-11), atteinte du nerf cubital gauche cliniquement irritative et déficitaire sur le plan sensitif, discret mais sans amyotrophie et sans parésie associée (code 8C10.1 CIM-11), douleurs cervicales secondaires à une discopathie avec une uncarthrose sans irradiation dans les membres supérieurs (code M54.2 CIM-10), douleurs de l'épaule droite secondaires à une rupture du supra-épineux, associées à une tendinite de l'infra-épineux et le début d'une arthrose gléno-humérale (codes M75.1 et M19.99 CIM-10), douleurs du coude droit séquellaire à une fracture de la palette humérale avec persistance d'un léger flexum (codes S52.0 et M19.2 CIM-11), arthrose du coude droit (code M19.1 CIM-10), anxiété généralisée (code F41.1 CIM-10), difficultés liées au logement et aux conditions économiques (code Z59 CIM-10), obésité morbide (code E66 CIM-10) et hypertension artérielle traitée (code I10 CIM-10) ( cf. rapport d'expertise, p. 5). Au terme de leur consensus pluridisciplinaire, les experts ont considéré que les diagnostics susmentionnés entraînaient une incapacité de travail complète dans l'ancienne activité d'aide-maçon depuis le jour de l'accident, soit le 17 septembre 2019. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail du recourant était nulle, du 17 septembre 2019 au 30 septembre 2021, mais correspondait, « par la suite », à un taux de 80%, pour un taux horaire de 100%, avec une diminution de rendement de 20% ( cf. rapport d'expertise, p. 6).

## **E. 6.2**

Concernant l'aspect orthopédique, l'expert R\_\_\_\_\_ a indiqué que le recourant présentait toujours des douleurs de son épaule et de son coude droit et qu'il ne suivait plus de traitement de physiothérapie à ce niveau, mais uniquement un traitement médicamenteux par Dafalgan et Tilur. La situation était donc stabilisée au vu des douleurs, qualifiées de stables par l'expert, et du fait qu'il n'y avait probablement pas d'autres traitements permettant une amélioration significative de l'état de santé du recourant. À ce propos, l'expert R\_\_\_\_\_ a relevé que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse au niveau du coude n'était pas dénuée de risques, ni fondamentalement indiquée et qu'il y avait peu de chances que cette intervention améliore la fonction du coude. S'agissant de l'épaule, la question se posait de savoir si l'ablation matériel d'ostéosynthèse avec révision-suture de la coiffe des rotateurs pourrait permettre une amélioration de la fonction de l'épaule de droite, cette

question étant toutefois laissée ouverte par l'expert ( cf. rapport d'expertise, p. 20). Cette analyse est confirmée par l'avis médical du Dr I\_\_\_\_\_ qui a retenu, concernant le coude droit, que la possibilité de gagner de la mobilité en effectuant une ablation du matériel d'ostéosynthèse au niveau de la plaque olécraniennne était très probablement minime, avec un impact très faible sur les douleurs et qu'une telle opération au niveau de l'humérus était risquée et avec un bénéfice peu certain. S'agissant de l'épaule droite, il lui semblait peu probable qu'une intervention chirurgicale avec ablation du matériel d'ostéosynthèse et réinsertion de la coiffe des rotateurs aboutisse favorablement, de sorte qu'il préconisait de favoriser la rééducation et la physiothérapie afin de maintenir une mobilité articulaire et d'éviter une régression du recourant ( cf. rapport du Dr I\_\_\_\_\_ du 28 octobre 2021, p. 3 et 4). Par conséquent, du point de vue orthopédique, la capacité de travail était nulle depuis l'accident et jusqu'à fin septembre 2021. La capacité de travail dans une activité adaptée était de 100%, avec un rendement complet depuis fin septembre 2021, cette date correspondant à l'échéance de la période de deux ans postérieure à la dernière intervention (opération chirurgicale du 24 septembre 2019) et au moment à partir duquel la situation pouvait être considérée comme stabilisée au motif que le recourant ne faisait « plus trop de progrès par rapport à son membre supérieur droit » ( cf. rapport d'expertise, p. 21). Au vu des appréciations concordantes de l'expert R\_\_\_\_\_ et du Dr I\_\_\_\_\_, l'expertise orthopédique doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

### **E. 6.3**

Sur le plan rhumatologique, l'expert U\_\_\_\_\_ a indiqué que l'examen clinique avait mis en évidence une rupture du tendon supra épineux et que le recourant ne présentait pas de signe de fibromyalgie. Une physiothérapie cervicale et pour l'épaule droite, associée éventuellement à une infiltration de l'épaule, pouvaient être envisagées, mais une infiltration cervicale ou une chirurgie de l'épaule droite lui semblaient en revanche inutiles ( cf. rapport d'expertise, p. 45 et 46). Par ailleurs, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr U\_\_\_\_\_ (pas d'efforts de soulèvement à partir du sol au-delà de 5 kg, pas de porte-à-faux, ni de rotations répétées du rachis cervical, un port de charge proche du corps limitée à 5 kg, pas d'effort du membre supérieur droit au-delà de la ligne des épaules et pas d'effort avec les bras en extension du membre supérieur droit) n'étaient pas uniformes dans tous les domaines de la vie quotidienne et ses constatations cliniques objectives ne correspondaient pas aux capacités du recourant dans la vie quotidienne. À titre d'exemple, l'expert a relevé que le recourant ne s'était pas servi de sa main droite pour mettre ses chaussettes, son pantalon et ses chaussures alors qu'il avait tout de même une force de préhension tout à fait solide à 36 kg et qu'il n'y avait pas, du côté droit, de problèmes neurologiques majeurs. L'expert a retenu que, dans une activité adaptée, la capacité de travail était nulle du 17 septembre 2019 au 25 juin 2021, soit jusqu'à la date de la lettre de sortie de la CRR, dès lors qu'à partir de ce moment, l'état de santé du recourant était stable au vu des examens effectués ultérieurement (IRM et électromyogrammes) qui avaient confirmé les diagnostics posés suite à cette période d'hospitalisation ( cf. rapport d'expertise, p. 46). Au vu de la motivation claire de l'analyse du Dr U\_\_\_\_\_ et de l'absence de tout élément objectif contraire présent au dossier ou invoqué par le recourant permettant de la mettre en doute, la chambre de céans admettra la valeur probante du volet orthopédique du rapport d'expertise.

### **E. 6.4**

S'agissant du volet psychiatrique de l'expertise, la Dre T\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics d'anxiété généralisée (code F41.1 CIM-10) et de difficultés liées au logement et aux

conditions économiques (code Z59 CIM-10). Elle a en revanche exclu le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique au motif que l'accident était survenu cinq ans auparavant et que le recourant ne rapportait pas de flash-back, de reviviscence ou de cauchemar rappelant sa chute accidentelle ni ne présentait d'émoussement émotionnel et n'était pas détaché des autres. Le diagnostic d'épisode dépressif n'était pas non plus retenu dès lors que l'expert n'avait pas décelé de tristesse, de perte de la notion de plaisir, de fatigabilité accrue, de perte de l'estime de soi ou de diminution de l'appétit et avait constaté une absence d'idées suicidaires (cf. rapport d'expertise p. 37). Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail était de 90% dans l'activité habituelle dès le 17 septembre 2019, en tenant compte d'une diminution de rendement de 10% et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (fragilité émotionnelle, intolérance au stress, solitude et difficultés cognitives). Il est ainsi constaté que l'expert psychiatre a écarté de façon claire et dûment motivée le diagnostic de stress post-traumatique et d'épisode dépressif et que ses conclusions portant sur la capacité de travail dans une activité adaptée ne sont remises en cause par aucun médecin spécialiste en psychiatrie, étant relevé que le recourant n'a pas eu de suivi psychiatrique depuis la survenance de l'accident. La chambre de céans considère donc que l'expertise psychiatrique de la Dre T\_\_\_\_\_ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

## **E. 6.5**

En ce qui concerne le volet neurologique, l'expert S\_\_\_\_\_ a indiqué que, s'agissant de l'atteinte cubitale du membre supérieur gauche [recte : droit], il n'avait pas de mesures de réadaptation spécifiques à proposer, que les vertiges étaient persistants et que les céphalées persistantes étaient post-traumatiques, avec une fracture du condyle occipital droit, et avec prise d'antalgiques simples. Le recourant se trouvait limité de manière significative dans la mobilité du membre supérieur droit pour des questions non neurologiques, mais également en raison de son équilibre. À titre de limitations fonctionnelles, l'expert neurologue a retenu que le recourant ne devait pas porter de charges de plus de 10 kg avec son membre supérieur droit, ne pas marcher sur des terrains irréguliers ni monter sur un escabeau ou sur une échelle. Une activité adaptée à ces limitations fonctionnelles pourrait être déployée à un taux de 100% du point de vue neurologique, avec une perte de rendement de 20% en raison de la persistance constante des céphalées, même si celles-ci étaient compensées par les médications. La capacité de travail dans une activité adaptée était donc de 80% dès le mois d'octobre 2020, soit douze mois après l'accident du 17 septembre 2019.

### **E. 6.5.1**

S'agissant des problèmes d'équilibre, les rapports des médecins ORL versés au dossier excluent une diminution de la capacité de travail en raison d'une atteinte médicale relevant du domaine ORL. Ainsi, dans un rapport du 16 février 2023, le Dr O\_\_\_\_\_ a observé un bilan vestibulaire globalement dans la norme et a relevé une discrète atteinte isolée du système canalaire dans le domaine des basses fréquences à gauche qui ne pouvait pas être exclue, tout en précisant que la compensation était optimale. Ces conclusions sont d'ailleurs confirmées par le Dr N\_\_\_\_\_ dans un rapport du 21 avril 2023 à teneur duquel l'examen ORL du 16 février 2023 était normal au vu de l'âge de l'assuré et de l'otoscopie qui ne révélait aucun indice de pathologie post-traumatique dans la région de l'oreille, étant en outre précisé que l'audiométrie et l'examen otoneurologique étaient dans la norme. Au vu de ces éléments, le Dr N\_\_\_\_\_ a constaté une bonne compensation centrale après suspicion d'une problématique post-traumatique de vertige positionnel proximal bénin, de sorte que,

du point de vue de la médecine ORL, il n'existait aucun indice d'une atteinte à l'intégrité justifiant une indemnité pour la zone cochléo-vestibulaire due à l'accident. Les limitations fonctionnelles retenues correspondaient d'ailleurs à celles retenues en partie par les experts du CEMEDEX (activités sur des échelles, en hauteur ou sur des échafaudages proscrites en raison du risque de chutes dues aux vertiges). Par ailleurs, la diminution de rendement de 20% retenue par l'expert neurologue tient compte de manière justifiée des céphalées persistantes qui sont, au vu des constatations des médecins traitants, contrôlées par la prise d'un traitement médicamenteux. En effet, dans son rapport du 15 mars 2021, la Dre F\_\_\_\_\_ a relevé que le recourant semblait satisfait du traitement par Citalopram qui calmait son état anxiodépressif en plus de diminuer la fréquence des céphalées de tension post-traumatiques. De même, dans un rapport du 25 juin 2021, le docteur V\_\_\_\_\_ a indiqué que le traitement antalgique était assuré par le traitement habituel, à savoir une antalgie de premier palier associée à la prise d'Escitalopram, pour les céphalées, qui permettait un contrôle habituel des douleurs.

### **E. 6.5.2**

C'est le lieu de relever que le recourant a indiqué ne pas comprendre la raison pour laquelle aucune limitation fonctionnelle de nature neuropsychologique n'avait été retenue par l'intimée, faisant en outre valoir que l'appréciation de cette dernière, selon laquelle il n'aurait souffert que d'un traumatisme crânio-cérébral léger suite à son accident, ne pouvait être valablement fondée sur l'examen neuropsychologique effectué par W\_\_\_\_\_ le 8 août 2023. En premier lieu, il ressort du dossier que le recourant présentait, lors de sa première consultation aux urgences, le jour de l'accident, un score de 15/15 à l'échelle de Glasgow, soit le score maximal pour l'examen de vigilance, et qu'il ne présentait pas de troubles phasique ou attentionnel, étant en outre précisé que l'intéressé était orienté dans le temps et l'espace ( cf. rapport du docteur X\_\_\_\_\_ du 19 septembre 2019, p. 2). Par ailleurs, l'IRM cérébrale et du rachis cervical du 9 septembre 2020 n'avait pas objectivé d'anomalie parenchymateuse ni vasculaire suspecte ou au niveau de la fosse postérieure ( cf. rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 9 septembre 2020) et tant l'IRM du rachis cervical du 23 février 2022 que l'ENMG du 15 mars 2022 n'indiquaient d'atteinte au niveau de la colonne cervicale ( cf. rapport du Dr J\_\_\_\_\_ du 20 avril 2022). Dans son rapport du 8 août 2023, Mme W\_\_\_\_\_ a aussi fait état de lésions cérébrales traumatiques légères et a précisé qu'en termes de pronostic, on pouvait s'attendre à une rémission complète au bout de trois mois chez la grande majorité des personnes concernées et qu'en cas de troubles persistants, il était supposé que des facteurs secondaires, tels que des facteurs psycho réactifs ou une gestion dysfonctionnelle de la douleur, contribuaient de manière essentielle à la persistance des symptômes. Cette analyse est d'ailleurs corroborée par l'appréciation de la Dre P\_\_\_\_\_, selon laquelle le recourant avait subi un TCC léger dès lors que ni l'IRM et l'ENMG susvisés, ni l'examen neurologique du 8 août 2023 n'avaient révélé d'indices quant à la présence de lésions structurelles d'origine accidentelle dans la région du parenchyme cérébral ou des nerfs périphériques ( cf. rapport du 6 octobre 2023, p. 3). Dans ces circonstances, il convient de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant a subi un TCC léger ( commotio cerebri ) qui correspond à un état de dysfonctionnement neurologique temporaire et rapidement réversible, accompagné d'une perte de conscience de courte durée peu après la blessure, la personne blessée présentant souvent une amnésie pour la période de la blessure et/ou pour la période précédant la blessure, sans qu'il n'y ait toutefois d'anomalies neurologiques ( cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C\_44/2017 du 19 avril 2017 consid. 4.1 et 8C\_75/2016 du 18 avril 2016 consid.

4.2). Il sera en outre relevé que, selon l'expert S\_\_\_\_\_, il n'était pas possible de valider une perte de rendement d'ordre neuropsychologique sur la base des examens effectués préalablement à l'expertise, rappelant que, lors du séjour à la CRR en 2021, des incohérences avaient été constatées durant l'évaluation neuropsychologique ( cf. rapport d'expertise, p. 26 ; lettre de sortie de la CRR du Dr V\_\_\_\_\_ du 25 juin 2021). Ainsi, des incohérences avaient été observées inter-tests et intra-tests entre le profil mesuré et le fonctionnement au quotidien, la quasi absence de plainte cognitive et l'absence de lésion cérébrale objectivée à l'IRM, de sorte que le tableau neuropsychologique manquait de validité ( cf. rapport de Y\_\_\_\_\_ du 25 mai 2021, p. 3). Dans le même sens, il ressortait du rapport de W\_\_\_\_\_ du 8 août 2023 que les performances cognitives du recourant étaient compatibles avec un tableau de troubles non spécifiques avec des performances inférieures à la moyenne dans toutes les fonctions attentionnelles et exécutives testées ainsi que dans plusieurs sous-domaines mnésiques. Dès lors, d'un point de vue purement formel, les résultats indiquaient certes un trouble neuropsychologique modéré à sévère, mais les résultats n'étaient pas valides et ne permettaient donc pas de déterminer la gravité de ce trouble. Dans ces circonstances, elle n'était pas en mesure de poser un diagnostic neuropsychologique ni de procéder à une évaluation probante de la capacité de travail dans le cadre de cette évaluation. Il ressort ainsi des conclusions auxquelles sont parvenus l'expert S\_\_\_\_\_ et W\_\_\_\_\_, en particulier, qu'aucune perte de rendement ne pouvait être retenue du point de vue neuropsychologique et qu'une perte de rendement de 20% était en revanche justifiée du point de vue neurologique.

### **E. 6.5.3**

Ces éléments conduisent donc à admettre que l'expertise neurologique doit également se voir reconnaître une pleine valeur probante.

### **E. 6.6**

La chambre de céans relèvera au surplus qu'à teneur de la motivation de la décision litigieuse, il apparaît que l'intimée a admis les limitations fonctionnelles retenues par l'expert orthopédique ( cf. rapport d'expertise du 4 juin 2024, p. 20), à savoir d'éviter les mouvements répétitifs du membre supérieur droit, éviter la mobilisation du membre supérieur droit au-dessus du plan des épaules, éviter un port de charge de plus de 1 kg vers le haut, l'absence de port de charge de plus de 1 kg en position de porte-à-faux en avant du corps et l'absence de travail sur des échelles ou des échafaudages, faisant valoir que celles-ci « confirmaient globalement celles retenues par le médecin d'assurance », à la différence que l'expert orthopédiste avait réduit la charge de 5 kg à 1 kg ( cf . décision litigieuse, p. 10).

### **E. 6.7**

Au vu de l'ensemble des éléments qui précèdent, la chambre de céans est d'avis que la capacité de travail telle que retenue par l'intimée, sur la base des conclusions probantes du rapport d'expertise du CEMEDEX, doit être confirmée, étant au demeurant relevé que le recourant n'a pas produit d'éléments objectifs précis (rapport d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé) permettant de contester les constatations et les conclusions des experts.

### **E. 7**

À teneur de la décision litigieuse, l'intimée a refusé de prêter pour les suites des troubles psychiques et du TCC léger du recourant au motif que ceux-ci n'étaient pas en lien de

causalité adéquate avec l'accident. Dans son recours, le recourant conteste le taux de sa rente d'invalidité dans son ensemble, en faisant valoir que celle-ci devrait être fondée sur un taux de 35%, sans toutefois motiver précisément les éléments factuels ou de droit justifiant ce taux de 35%. Il est cependant relevé que l'intéressé reproche à l'intimée de ne pas avoir pris en considération son TCC et la qualification de celui-ci en TCC léger. Il semblerait donc que le recourant ne conteste plus, au stade du recours, l'absence de lien de causalité adéquate entre ses troubles psychiatriques diagnostiqués par l'expert psychiatre du CEMEDEX et l'accident du 17 septembre 2019, de sorte que la chambre de céans n'examinera pas cette question qui ne fait pas partie de l'objet du litige. La prise en considération du TCC étant en revanche encore litigieuse au stade de la présente procédure de recours, il convient donc d'examiner ci-après la causalité naturelle et adéquate entre cette atteinte et l'accident du 17 septembre 2019.

### **E. 7.1**

En relation avec les art. 10 (droit au traitement médical) et 16 (droit à l'indemnité journalière) LAA, l'art. 6 al. 1 LAA implique, pour l'ouverture du droit aux prestations, l'existence d'un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident, d'une part, et le traitement médical et l'incapacité de travail de la personne assurée, d'autre part. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle. Un rapport de causalité naturelle doit être admis lorsque le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement assuré. Il n'est pas nécessaire que cet événement soit la cause unique, prépondérante ou immédiate de l'atteinte à la santé. Il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_520/2020 du 3 mai 2021 consid. 6.1.1).

#### **E. 7.1.1**

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

#### **E. 7.1.2**

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

#### **E. 7.1.3**

Lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique, 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 117 V 359 consid. 6 ; 117 V 369 consid. 4b ; 115 V 133 consid. 6 ; 115 V 403 consid. 5).

## **E. 7.2**

En cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'examen se fait 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 (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc .) 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, c'est-à-dire en excluant les aspects psychiques (ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; 127 V 102 consid. 5b/bb). Le Tribunal fédéral a précisé qu'en cas de TCC, un certain degré de sévérité de l'atteinte sous forme d'une contusio cerebri était nécessaire pour justifier l'application de la jurisprudence en cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue ou de TCC. En revanche, en présence d'un TCC léger, l'examen d'un lien de causalité adéquate s'effectue en application de la jurisprudence en matière de troubles psychiques consécutifs à un accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_565/2022 du 23 mai 2023 et les arrêts cités ; sur la distinction médicale entre TCC léger et contusio cerebri , arrêt du Tribunal fédéral 8C\_44/2017 du 19 avril 2017 consid. 4.1).

### **E. 7.2.1**

En l'occurrence, la chambre de céans a déjà retenu, au vu des éléments médicaux présents au dossier, que le recourant a souffert d'un TCC léger à la suite de sa chute accidentelle ( cf. ci-dessus). Or, dans un tel cas, l'examen du lien de causalité adéquate s'effectue en application de la jurisprudence fédérale rendue en matière de troubles psychiques consécutifs à un accident.

### **E. 7.2.2**

En application de la pratique sur les conséquences psychiques des accidents (ATF 115 V 133 ), l'examen de ces critères doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce qui correspond à la clôture du cas selon l'art. 19 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5). 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, étant précisé que l'amélioration attendue par la continuation du traitement médical doit être significative (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_235/2020 du 15 février 2021 consid. 2.3). Il n'est pas admissible de reconnaître le caractère adéquat d'éventuels troubles psychiques d'un assuré avant que les questions de fait relatives à la nature de ces troubles (diagnostic, caractère invalidant) et à leur causalité naturelle avec l'accident en cause soient élucidées (ATF 147 V 207 consid. 6.1 et les références). La jurisprudence admet toutefois de laisser ouverte la question de la causalité

naturelle d'éventuels troubles psychiques dans les cas où ce lien de causalité ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 147 V 207 consid. 6.1 ; 135 V 465 consid. 5.1).

### **E. 7.2.3**

Le recourant ne conteste plus, au stade du recours, que son état de santé était stabilisé au 31 décembre 2023. La chambre de céans relève à ce propos que les rapports du Dr L\_\_\_\_\_ du 14 décembre 2023 et du 8 mars 2024 ne permettent pas de contester la stabilisation du cas dès cette date, ce médecin traitant s'étant limité à indiquer qu'en raison du tableau clinique (problème au niveau de l'épaule droite, douleurs diurnes et nocturnes et diminution forte de la mobilité), le recourant présentait « une incapacité de travail totale actuelle et [avait] besoin de continuer les traitements afin d'envisager un rétablissement de sa capacité de travail », sans toutefois expliquer à quels traitements il se référait, ni pour quels motifs ces traitements permettraient d'améliorer la capacité de travail du recourant. Enfin, s'agissant de la demande de prise en charge psychiatrique formulée par le Dr L\_\_\_\_\_ dans son rapport du 3 avril 2023, du traitement psychiatrique et psychothérapeutique rapide préconisé par W\_\_\_\_\_ et le docteur Z\_\_\_\_\_ dans leur rapport du 8 août 2023 ainsi que du suivi psychothérapeutique suggéré par les experts du CEMEDEX ( cf . rapport d'expertise du CEMEDEX du 4 juin 2024, p. 6), il apparaît que même si, par hypothèse, ceux-ci étaient de nature à améliorer notablement l'état de santé du recourant, ce que ces spécialistes n'ont pas démontré, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'absence de lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident dispensait l'intimée d'y donner suite ( cf. ci-dessous). Au surplus, la chambre de céans relèvera que le traitement de physiothérapie vestibulaire, suggéré par l'expert neurologue afin d'améliorer sensiblement l'équilibre des mécanismes de plasticité cérébrale ( cf . rapport d'expertise du 4 juin 2024, p. 6 et 27) ne suffit pas, conformément à la jurisprudence fédérale, à faire obstacle à la clôture du cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_39/2018 du 11 juillet 2018 et les références). C'est donc à bon droit que l'intimée a retenu la date du 31 décembre 2023 comme date de fin du droit aux indemnités journalières et qu'elle a, en conséquence, arrêté le début du droit à une rente d'invalidité au 1<sup>er</sup> janvier 2024.

### **E. 7.2.4**

Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale) ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 140 V 356 consid. 5.3 ; 115 V 133 consid. 6 ; 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5a), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon

l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minime, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester. Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue (ATF 115 V 403 consid. 5b). Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique (ATF 115 V 403 consid. 5c/aa). Pour admettre l'existence du lien de causalité adéquate en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa) :

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

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références ; 115 V 133 consid. 6c/bb ; 115 V 403 consid. 5c/bb). Selon la casuistique, les chutes d'une hauteur comprise entre deux (arrêt du Tribunal fédéral U 410/00 du 14 février 2002 consid. 2c) et environ quatre mètres (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_316/2009 du 8 juin 2009) font partie des accidents de gravité moyenne stricto sensu (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_496/2014 du 21 novembre 2014 consid. 4.2.3). Le Tribunal

fédéral a ainsi considéré, dans un arrêt assez récent, que dans le cas d'un ouvrier ayant fait une chute comprise entre 3 et 3.5 mètres sur une dalle en béton et subi des fractures du fémur proximal gauche, du radius distal gauche et du plateau tibial droit, l'accident devait être qualifié de gravité moyenne au sens strict (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_547/2020 du 1<sup>er</sup> mars 2021 consid. 3.2). Par contre, les chutes qui se sont produites d'une hauteur entre cinq et huit mètres et qui ont entraîné des lésions osseuses relativement sévères ont été considérées comme faisant partie de la limite supérieure de la catégorie des accidents de gravité moyenne (voir arrêt du Tribunal fédéral 8C\_657/2013 du 3 juillet 2014 consid. 4.1 et les références). Une chute d'un échafaudage de deux mètres a été considérée comme étant à la limite inférieure des accidents de gravité moyenne (arrêt du Tribunal fédéral U 97/04 du 30 décembre 2004), tout comme une chute dans des escaliers (arrêts du Tribunal fédéral U 246/00 du 28 novembre 2001, U 484/00 du 17 décembre 2001 ou encore U 340705 du 16 décembre 2005 et les exemples cités), étant précisé que dans ces derniers cas, le Tribunal fédéral s'est plusieurs fois demandé si l'accident ne devait pas être classé dans les accidents bénins. Le Tribunal fédéral a par ailleurs nié le caractère particulièrement impressionnant ou dramatique dans le cas d'un travailleur qui était tombé d'un échafaudage d'une hauteur d'environ 3 à 4 mètres (arrêt du Tribunal fédéral U 393/04 du 9 septembre 2004) et d'un travailleur qui avait chuté d'une échelle d'une hauteur d'environ 4.5 mètres dans une fouille (arrêt du Tribunal fédéral U 144/05 du 27 décembre 2005). S'agissant du caractère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, il ne se mesure pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi, il n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 6.3.3 ; 8C\_208/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.1.2). Pour l'appréciation du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral U 369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (arrêt du Tribunal fédéral U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). L'aspect temporel n'est pas seul décisif ; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_566/2013 du 18 août 2014 consid. 6.2.3 et les références). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_361/2007 consid. 5.3 ; U 380/04 du 15 mars 2005 consid. 5.2.4, in RAMA 2005 n. U 549 p. 239). La jurisprudence a notamment nié que ce critère fût rempli dans le cas d'un assuré dont le traitement médical du membre supérieur accidenté avait consisté en plusieurs opérations chirurgicales et duré 18 mois (arrêt du Tribunal fédéral U 37/06 du 22 février 2007 consid. 7.3). Le Tribunal fédéral a jugé que l'on ne pouvait retenir une durée anormalement longue des soins médicaux, pour un traitement ayant duré environ 16 mois, constituant pour une large part d'ergothérapie, ce qui ne constituait pas un traitement particulièrement pénible et invasif (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_98/2015 du 18 juin 2015 consid. 4.5). Pour que le critère des douleurs physiques persistantes soit rempli, il faut que des douleurs importantes aient existé sans interruption notable durant tout le temps écoulé entre l'accident et la clôture du cas (art. 19 al. 1 LAA ; arrêt 8C\_13/2022 du 29 septembre 2022 consid. 4.4.1). L'intensité des douleurs est examinée au regard de leur crédibilité, ainsi que de l'empêchement qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4).

### E. 7.2.5

En l'espèce, s'agissant de la qualification de l'accident en question, la chambre de céans est d'avis que, compte tenu du déroulement de l'événement en cause et au vu des précédents jurisprudentiels en matière de chute, l'accident du 17 septembre 2019 constitue un accident de gravité moyenne au sens strict, de sorte que l'existence d'une relation de causalité adéquate entre les troubles psychiques du recourant et cet événement requiert la réalisation de trois critères de causalité adéquate, l'un d'entre eux pouvant être suffisant s'il est présent de manière particulièrement marquante ( cf. ci-dessus). Quant au critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, il ressort du dossier que le recourant a chuté d'une échelle, d'une hauteur de 3 à 4 mètres, alors qu'il travaillait sur un chantier ( cf. déclaration d'accident du 20 septembre 2019 et rapport médical initial du 30 septembre 2019 établi par le Dr C\_\_\_\_\_). Or, ce critère a été nié dans le cas d'un travailleur qui était tombé d'un échafaudage de la même hauteur (arrêt du Tribunal fédéral U 393/04 du 9 septembre 2004), de sorte qu'il se justifie aussi de nier ce critère dans le cas d'espèce. Concernant le critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques, la chambre de céans rappelle que le recourant a subi un polytraumatisme avec fractures multiples au coude et à l'épaule droits ayant nécessité une intervention chirurgicale en septembre 2019. Même si ces lésions sont certes importantes, force est de constater que le pronostic vital du recourant n'a jamais été engagé et que ses organes vitaux n'ont pas été touchés. Par conséquent, ce critère ne saurait donc être considéré comme rempli. Il convient en outre d'admettre que le traitement des lésions résultant de l'accident n'a pas été anormalement long vu leur nature et qu'il n'y a pas eu d'erreur dans le traitement médical entraînant une aggravation des séquelles de l'accident. S'agissant du critère des douleurs physiques persistantes, les céphalées persistantes sont contrôlées par la prise d'un traitement médicamenteux et il ressort de la description de la journée-type du recourant que ce dernier sort marcher et s'assoit sur un banc dans un parc le matin et l'après-midi pendant deux à trois heures ( cf. rapport d'expertise du 4 juin 2024, p. 11), de sorte qu'il sied de constater l'absence d'une intensité et d'un empêchement suffisants pour considérer ce critère comme rempli. En tout état de cause, même si ce critère devait être admis, il ne suffirait pas à admettre le lien de causalité adéquate dès lors que le dernier critère de l'existence de difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes, pour lequel il doit exister des motifs particuliers ayant entravé ou ralenti la guérison, et ce même s'il n'a pas été possible de supprimer les douleurs de l'intéressé, ni même de rétablir une capacité de travail entière, n'est pas non plus rempli. En effet, même si le recourant a, certes, souffert d'acouphènes et de vertiges – avec, s'agissant de la fonction vestibulaire, une discrète atteinte isolée du système canalaire à gauche qui ne pouvait être exclue, mais dont la compensation était optimale – ceux-ci ne peuvent pas être pris en considération, dans la mesure où les critères applicables aux troubles psychiques consécutifs à un accident doivent être examinés à l'exclusion des troubles psychiques, étant relevé que ces troubles n'ont pas été objectivés lors d'exams d'imagerie ( cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_612/2019 du 30 juin 2020 consid. 3.3.5). Il convient donc d'en faire abstraction dans le cadre de l'examen de la causalité adéquate des troubles psychiques avec l'accident assuré. Il sied, en outre, de relever que l'absence de suivi psychologique du recourant est manifestement due au refus de ce dernier de suivre un tel traitement pour des raisons culturelles, tel que cela ressort de l'anamnèse du volet psychiatrique du rapport d'expertise ( cf. rapport d'expertise du 4 juin 2024, p. 30 et 37). L'analyse des critères susvisés conduit donc à nier le lien de causalité adéquate entre le TCC

léger et l'accident subi par le recourant. Dans ces circonstances et conformément à la jurisprudence applicable, la question du lien de causalité naturelle peut souffrir de rester ouverte.

### **E. 7.3**

En définitive, c'est à bon droit que l'intimée a retenu que le TCC léger dont souffre le recourant n'était pas en lien de causalité adéquate avec l'accident du 17 septembre 2019, de sorte qu'elle n'était pas tenue de prêter pour les suites de celui-ci. À titre superfétatoire, la chambre de céans relève que le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques retenus par l'expert psychiatre (diagnostics d'anxiété généralisée et de difficultés liées au logement et aux conditions économiques) doit, dans tous les cas, également être nié au vu de l'examen des critères ci-dessus excluant ce lien entre le TCC léger et l'accident.

### **E. 8**

En guise de conclusion intermédiaire, force est de constater que la détermination de la capacité de travail du recourant, telle qu'effectuée par l'intimée, doit être confirmée, soit une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle d'aide-maçon depuis la survenance de l'accident du 17 septembre 2019 et une capacité de travail de 80%, avec une diminution de rendement de 20%, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le mois d'octobre 2021.

### **E. 9**

L'état de santé étant considéré comme stabilisé et la capacité de travail 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, soit, en particulier, le degré d'invalidité du recourant.

#### **E. 9.1**

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 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).

##### **E. 9.1.1**

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).

##### **E. 9.1.2**

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).

### **E. 9.1.3**

Le salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré comprend tous les revenus d'une activité lucrative (y compris les gains accessoires et la rémunération des heures supplémentaires effectuées de manière régulière) soumis aux cotisations à l'assurance-vieillesse et survivants. En effet, l'art. 25 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201) établit un parallèle entre le revenu soumis à cotisation à l'AVS et le revenu à prendre en considération pour l'évaluation de l'invalidité ; le parallèle n'a toutefois pas valeur absolue. Cette réglementation est applicable par analogie dans le domaine de l'assurance-accidents, dès lors que la notion d'invalidité y est la même que dans l'assurance-invalidité. On rappellera, cependant, que l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents, de même que l'assurance-invalidité n'est pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents. Pour établir le salaire réalisé en dernier lieu et son évolution subséquente, on se fondera en premier lieu sur les renseignements fournis par l'employeur. Tant pour les personnes salariées que pour celles de condition indépendante, on peut également se référer aux revenus figurant dans l'extrait du compte individuel de l'AVS (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_679/2020 du 1<sup>er</sup> juillet 2021 consid. 5.1 et les références).

### **E. 9.1.4**

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'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête Suisse sur la structure des salaires (ci-après : 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 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'invalidé 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 ( cf. 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). 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).

#### **E. 9.1.5**

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 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). 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 (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).

## **E. 9.2**

En l'occurrence, le recourant conteste le « gain de valide » d'un montant de CHF 69'762.50 retenu par l'intimée et soutient que celui-ci doit faire l'objet d'une indexation de 1.8% pour l'année 2024. À teneur de la décision litigieuse, le montant de CHF 69'762.50 correspond au salaire annuel calculé selon « la convention nationale du gros œuvre de la construction » (ouvrier de catégorie B, salaire horaire de CHF 30.50 x 2'112 heures = CHF 64'416.- + le 13<sup>ème</sup> salaire [taux de 8.3%, selon la convention, soit CHF 5'346.50] = CHF 69'762.50). Il apparaît en effet que le dernier salaire perçu par le recourant avant la survenance de l'accident ne saurait être valablement retenu à titre de revenu sans invalidité au motif que, selon l'extrait du RC de son dernier employeur, la société a été dissoute par voie de faillite en novembre 2022 ( cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_746/2023 du 7 juin 2024 consid. 4.3 et les références). Par ailleurs, dès lors qu'il convient de fixer le revenu de valide aussi concrètement que possible et qu'en application de la jurisprudence fédérale, le salaire minimal prévu dans une CCT représente de manière plus précise les revenus spécifiques à la branche que dans l'ESS ( cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_562/2023 , op. cit. , consid. 4.1.3 et les références citées), la détermination du revenu sans invalidité sur la base de cette convention est en principe correcte. Cependant, selon l'art. 42 de la convention nationale du secteur principal du secteur principal de la construction en Suisse (ci■après : la CCT), dans sa version en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2024 et applicable au cas d'espèce, le travailleur

qualifié de la construction sans certificat professionnel reconnu expressément comme tel par l'employeur, appartient à la classe de salaire A, correspondant à la désignation d' « ouvrier qualifié de la construction ». Or, il ressort expressément du contrat de travail conclu entre le recourant et son dernier employeur que l'intéressé a été engagé le 3 juin 2019 en qualité d'aide-maçon ( cf. contrat de travail du 3 juin 2019, p. 1). Par conséquent, le salaire horaire devant être retenu dans le cas d'espèce ne s'élève pas à CHF 30.50, qui correspond au salaire horaire de la classe de salaire B retenue par l'intimée, mais se monte à CHF 32.30, soit le salaire horaire de la classe de salaire A prévu par la CCT ( cf. Annexe 9 de la CCT portant sur les salaires de base au 1 er janvier 2023 et toujours en vigueur au 1 er janvier 2024, selon l'arrêté du Conseil fédéral étendant le champ d'application de la convention nationale pour le secteur principal de la construction en Suisse du 6 avril 2023 ; FF 2023 986). Dès lors, sur la base de la durée annuelle de travail prévue par la CCT susvisée, soit 2'112 heures ( cf. art. 24 al. 2 de la CCT), de laquelle les vacances de cinq semaines doivent être soustraites et à laquelle une indemnité de vacances de 13% doit être ajoutée pour un employé âgé de plus de 50 ans ( cf. art. 24 al. 1 et 34 al. 1 de la CCT ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_1028/2009 du 21 mai 2010 consid. 9.3), le calcul du revenu sans invalidité est le suivant : compte tenu d'une durée totale de travail en 2024 de 2'112 heures (52.14 semaines x 40.5 heures [ cf. art. 24 al. 2 CCT]), d'une durée de vacances de 202.5 heures (5 semaines x 40.5 heures) et d'un salaire horaire en 2024 de CHF 32.30, le revenu sans invalidité s'élève à CHF 74'813.95 (CHF 32.30 x 1'909.5 heures [2'112 heures – 202.5 heures] + 8.33% [CHF 5'119. 20, à titre d'indemnité de 13 e salaire] + 13% [CHF 8'017.90, à titre d'indemnité de vacances]), soit un revenu sans invalidité plus élevé que celui arrêté par l'intimée. Enfin, il n'y a pas lieu d'adapter ce revenu sans invalidité à un taux de 1.8% pour l'année 2024, comme le voudrait le recourant, dès lors que le salaire horaire de CHF 32.30 était valable jusqu'au 31 décembre 2023.

### **E. 9.3**

Quant au revenu avec invalidité, le recourant ne conteste pas, dans son principe, l'utilisation des salaires statistiques pour le calcul du revenu avec invalidité, mais fait valoir que l'intimée aurait dû tenir compte des limitations fonctionnelles induites par le TCC à titre de baisse de rendement ou, le cas échéant, dans le cadre de l'abattement.

#### **E. 9.3.1**

Il ressort de la décision litigieuse du 24 juillet 2024 que l'intimée a déterminé le revenu avec invalidité en se fondant sur l'ESS 2022 (table ESS TA1\_tirage\_skill\_level, homme, secteur privé, niveau de compétence 1, CHF 5'305.- par mois). Après adaptation à la durée de travail hebdomadaire usuelle en Suisse (CHF 5'305.- : 40 x 41.70 heures x 12), le salaire annuel était de CHF 66'365.55, porté à CHF 67'898.75 compte tenu de l'évolution des salaires jusqu'en 2024 (+ 1.7% en 2023 et + 0.6% selon l'estimation trimestrielle 2024). Le recourant ne conteste pas le recours à l'ESS 2022, ni l'utilisation du montant déterminé par le tableau TA1\_tirage\_skill\_level et la durée usuelle du temps de travail retenue par l'intimée, de sorte que ces éléments du calcul doivent être confirmés. Il en va de même des indexations à 2023 (+ 1.7%) et 2024 (+ 0.6%), l'indexation de 2024 ayant été établie selon l'évolution des salaires nominaux du premier trimestre 2024. La chambre de céans retiendra donc le montant de CHF 67'898.75 à titre de revenu avec invalidité.

#### **E. 9.3.2**

S'agissant d'une éventuelle baisse de rendement en raison du TCC, il s'agit d'une question devant être examinée dans le cadre de la détermination de la capacité de travail et non pas dans le cadre de la détermination du revenu avec invalidité. La chambre de céans relève tout de même, à ce propos, que les experts du CEMEDEX ont retenu, de manière consensuelle, une baisse de rendement de 20% en raison de la persistance constante des céphalées qui sont toutefois compensées par la médication ( cf. rapport d'expertise du 4 juin 2024, p. 27), mais n'ont en revanche pas retenu de baisse de rendement supérieure en raison du TCC léger. En tout état de cause, force est de constater que le recourant n'a produit aucun rapport médical permettant de contester cette évaluation de la capacité de travail et n'a, au demeurant, aucunement précisé à quelles limitations fonctionnelles il se réfère pour invoquer une baisse de rendement supérieure au taux de 20% en raison du TCC léger, de sorte que ce grief tombe à faux.

### **E. 9.3.3**

Quant à la question d'un éventuel abattement supérieur au taux de 10% sur le revenu avec invalidité déjà retenu par l'intimée, la chambre de céans relève ce qui suit. 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 1<sup>er</sup> 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, les limitations fonctionnelles du recourant (éviter les mouvements répétitifs et la mobilisation au-dessus du plan des épaules du membre supérieur droit, éviter un port de charge de plus de 1 kg vers le haut [c'est-à-dire prendre un poids de 1 kg sur une table et le soulever vers le haut], absence de port de charge de plus de 1 kg en position de porte-à-faux en avant du corps et l'absence de travail sur des échelles ou des échafaudages) ne sont pas inhabituelles et ne requièrent manifestement pas de concessions irréalistes de la part d'un employeur, étant précisé que l'abattement de 10% déjà retenu par l'intimée a été justifié par cette dernière en raison des limitations du recourant en lien avec le port de charges au moyen de son membre supérieur droit ( cf. décision litigieuse, p. 14). Par ailleurs, au regard des activités physiques ou manuelles simples que recouvrent les secteurs de la production et des services selon l'ESS 2022 (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 qu'une déduction supérieure à 10% sur le salaire statistique ne se justifie pas pour tenir compte des circonstances liées à l'atteinte à la santé du recourant. Au surplus, s'agissant des autres circonstances étrangères à l'invalidité, il convient de préciser que les difficultés linguistiques du recourant et son manque de formation ne sont pas déterminants 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 nécessitant aucune formation ni expérience professionnelle spécifique ( cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_90/2024 du 5 août 2024 consid. 5.4). En outre, en application de la jurisprudence fédérale, l'absence d'autorisation de séjour du recourant ne saurait être prise en considération lors de l'évaluation du revenu d'invalidé ( cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_734/2023 du 25 juillet 2024 consid. 5.3.2). En définitive, en admettant un abattement de 10% sur le revenu avec invalidité, l'intimée a suffisamment tenu compte des circonstances du cas d'espèce, étant au demeurant relevé que celle-ci dispose d'un large pouvoir d'appréciation dans l'examen de cette question et qu'elle ne semble pas l'avoir outrepassé. Dès lors, en tenant compte d'un abattement de 10%, le

revenu avec invalidité (CHF 67'898.75) s'élève à CHF 61'108.90.

#### **E. 9.4**

Au vu de l'ensemble de ces éléments, une nouvelle comparaison des revenus avec et sans invalidité doit être effectuée. Le degré d'invalidité du recourant se monte ainsi à 18.31% – arrondi à 18% –  $(100 \times [\text{CHF } 74'813.95 - \text{CHF } 61'108.90] : 74'813.95)$ . Si ce taux d'invalidité, qui ouvre au recourant le droit à une rente d'invalidité du même taux, ne correspond pas à la rente d'invalidité de 35% invoquée par l'intéressé, il est tout de même supérieur au taux de 13% retenu par l'intimée dans la décision litigieuse.

#### **E. 10**

Au surplus, la chambre de céans rappellera que l'intimée a déjà reconnu au recourant le droit à une IPAI de 35% correspondant à un montant de CHF 51'870.- par décision du 23 février 2024. Il ne ressort pas du dossier que cette décision aurait été contestée par le recourant et ce dernier n'a pris aucune conclusion y relative, de sorte que la chambre de céans n'a pas à se prononcer à ce sujet.

#### **E. 11.1**

Il découle de ce qui précède que le recours est partiellement admis et la décision litigieuse réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité de 18%, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2024.

#### **E. 11.2**

Le recourant, qui n'est pas représenté en justice et qui n'a pas allégué avoir déployé des efforts dépassant la mesure de ce que tout un chacun consacre à la gestion courante de ses affaires, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGa ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

#### **E. 11.3**

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f bis LPGa a contrario ). 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.