

GE_GERICHTE A/682/2023 vom 11. Dezember 2024

GE Cour de justice, 2024-12-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_682_2023

FR: GE_GERICHTE A/682/2023 du 11 décembre 2024

IT: GE_GERICHTE A/682/2023 del 11 dicembre 2024

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

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

E. 2

Il convient de déterminer en premier lieu l'objet du litige.

E. 2.1

Selon l'art. 52 LPGA, les décisions rendues en matière d'assurances sociales peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 414 consid. 1a ; 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées). Le tribunal cantonal des assurances ne peut statuer sur un rapport juridique que s'il est requis de le faire par une partie. En ce sens, la procédure de recours est soumise à une maxime de disposition limitée. La partie recourante détermine l'objet du litige en choisissant si elle veut ou non soumettre un rapport juridique à l'examen du juge. Elle fait ce choix en prenant des conclusions à

propos de ce rapport juridique (Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales éd. par Anne-Sylvie DUPONT / Margit MOSER-SZELESS, 2018, n. 72 ad art. 61). Lorsque dans la procédure juridictionnelle faisant suite à une décision administrative ou à une opposition, le recours ne porte que sur certains des rapports juridiques déterminés par la décision, ceux qui, bien que visés par cette dernière, ne sont plus litigieux d'après les conclusions du recours, ne sont pas compris dans l'objet du litige. Ils sont examinés par le juge s'ils sont dans un rapport de connexité étroite avec cet objet (ATF 125 V 414 consid. 1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_197/2007 du 27 mars 2008). Le Tribunal fédéral a ainsi considéré, dans un arrêt du 13 octobre 1992 (ATF 118 V 185), que la question de l'octroi de mesures de réadaptation, contestée par l'assuré dans le cadre de la procédure devant la juridiction cantonale, n'était pas dans le rapport de connexité étroite requis pour examiner le droit à la rente, qui, lui, n'avait pas été contesté, dès lors que l'examen du droit à des mesures de réadaptation pouvait se faire sans qu'il soit nécessaire de revoir d'office la question de la rente. Une décision statuant simultanément sur le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité n'est plus attaquable par voie de recours en ce qui concerne l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, lorsque l'opposition ne portait que sur le droit à la rente et qu'aucune demande juridique n'a été formulée en ce qui concerne l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 119 V 351 consid. 1c). À cet égard, il convient de tenir compte de deux éléments : Compte tenu du fait que la procédure d'opposition est en grande partie informelle et que l'opposition est souvent faite sans représentation juridique, cela reviendrait à faire preuve d'un formalisme excessif (à ce sujet ATF 120 V 417 consid. 4b avec renvois) si l'on exigeait dans de tels cas que les conclusions juridiques se rapportent expressément aussi au droit à l'IPAI, faute de quoi la décision entrerait partiellement en force en ce qui concerne cette indemnité. Il est au contraire nécessaire et suffisant que l'interprétation de la demande en justice (à ce sujet : ATF 114 II 331 consid. 1) permette de conclure que, outre le point de la rente expressément contesté, l'IPAI doit également être considérée comme contestée. En revanche, l'appréciation des droits aux prestations qui ne sont pas (expressément) contestés n'est a priori pas soumise à l'autorité de la chose jugée partielle lorsque l'opposition conteste non seulement des éléments du type de prestation concerné (comme p. ex. le degré d'invalidité, le gain annuel assuré, le début de la rente), mais également l'exigence légale de causalité (art. 6 LAA) qui, de par sa nature, est importante aussi bien pour le droit à la rente que pour le droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 152/01 du 8 octobre 2003). Compte tenu du fait que la procédure d'opposition est en grande partie informelle (ancien art. 130 al. 1 OLAA) et que l'opposition est souvent faite sans représentation juridique, cela reviendrait à faire preuve d'un formalisme excessif (à ce sujet ATF 120 V 417 consid. 4b avec renvois) si l'on exigeait dans de tels cas que les conclusions juridiques se rapportent expressément aussi au droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, faute de quoi la décision entrerait partiellement en force en ce qui concerne ce salaire. Il est au contraire nécessaire et suffisant que l'interprétation de la demande en justice (à ce sujet : ATF 114 II 331 consid. 1) permette de conclure que, outre le point de rente expressément contesté, l'IPAI doit également être considérée comme contestée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 152/01 du 8 octobre 2003). Les exigences posées à la forme et au contenu d'une opposition – ou d'un recours – ne sont pas élevées; il suffit que la volonté du destinataire d'une décision de ne pas accepter celle-ci ressorte clairement de son écriture ou de ses déclarations (arrêts du Tribunal fédéral 8C_657/2019 du 3 juillet 2020 consid. 3.3 et 8C_775/2016 du 1^{er} février 2017 consid. 2.4 et les références); en l'absence d'une telle

volonté clairement exprimée de contester la décision, aucune procédure d'opposition – ou de recours – n'est engagée et il n'y a aucune obligation de fixer un délai de grâce (arrêt du Tribunal fédéral 8C_657/2019 précité consid. 3.3 et 8C_475/2007 du 23 avril 2008 consid. 4.2 ; ATF 134 V 162 consid. 5.1 116 V 353 consid. 2b et les références).

E. 2.2.1

L'intimée a fait valoir, dans son écriture du 5 août 2024, que le recourant n'avait pas contesté le refus de l'IPAI dans son recours et que cette décision était dès lors entrée en force sur ce sujet. Le recourant a répondu qu'il avait recouru en personne et qu'il avait clairement exprimé qu'il n'était pas d'accord avec la décision querellée, et demandé la mise en œuvre d'une expertise. Il avait conclu à l'octroi d'indemnités et d'une rente, contestant la stabilisation. Or si l'état médical n'était pas stabilisé, la question de l'IPAI était prématurée. Il n'avait constitué un conseil qu'en avril 2023 et il fallait considérer que son recours remettait entièrement en question la décision litigieuse.

E. 2.2.2

En l'espèce, la chambre de céans constate que le recourant n'était pas représenté lorsqu'il a formé recours contre la décision querellée par son écriture du 24 février 2023 et qu'il y indiquait qu'il était contraint de rédiger son recours seul, car il n'avait pu récupérer son dossier auprès de l'association qui l'avait conseillé jusque-là et qu'aucun avocat n'avait accepté de prendre en charge son affaire sans avoir le dossier. Il contestait être capable de travailler dans toute activité et faisait recours sur les conseils de ses médecins, qui ne comprenaient pas la décision de la SUVA. Il en demandait l'annulation et à ce que les indemnités lui soient à nouveau octroyées. Il demandait également une rente d'invalidité à 100% en raison des séquelles de l'accident et sollicitait son examen par des médecins indépendants de la SUVA. La chambre de céans retient sur cette base que même si le recourant n'a pas formellement contesté l'IPAI dans son recours, il convient de retenir que cette question fait néanmoins partie de l'objet du présent litige car il a demandé l'annulation de la décision, dont il ne comprenait manifestement pas bien la portée. De plus, il concluait à une rente d'invalidité entière au vu des « séquelles » de son accident et requérait une expertise indépendante pour déterminer son état de santé, de sorte que l'on peut retenir qu'il contestait les séquelles retenues. Il convient de ne pas être trop formaliste et d'admettre que son recours portait également sur son droit à une IPAI, ce que le recourant a confirmé dans son écriture suivante, après avoir pu consulter un conseil. De plus dans la mesure où il demandait la reprise des indemnités (journalières), il remettait en cause la stabilisation de son état de santé et la question de l'IPAI ne pouvait entrer en force, selon la jurisprudence précitée (U 152/01 du 8 octobre 2003), puisqu'elle dépendait du sort du recours en ce qui concernait la stabilisation.

E. 2.3.1

Le 18 juillet 2024, le recourant a conclu à la condamnation de l'intimée à la prise en charge de quatre séries de neuf séances de physiothérapie par année, les semelles orthopédiques et la médication antalgique. Le 5 août 2024, l'intimée a conclu à l'irrecevabilité de ces conclusions.

E. 2.3.2

On doit admettre que, comme l'a fait valoir le recourant, la question du remboursement de ses frais médicaux est liée à celle de savoir si son état était stabilisé au moment de la décision querellée, puisque le droit applicable dépend de cette question. En effet, selon l'art.

19 al. 1 LAA, le droit au traitement médical cesse dès la naissance du droit à la rente et l'art. 21 LAA s'applique au droit au remboursement d'un traitement médical lorsqu'une rente a été fixée. Il n'en reste pas moins que seule une décision portant sur les prestations médicales requises concrètement par le recourant peut faire l'objet d'un recours, en application de l'art. 52 LPGA. Or, l'intimée ne s'est pas prononcée sur la nouvelle demande de prise en charge des frais médicaux du recourant dans la décision querellée. Les dernières conclusions du recourant sur le remboursement des frais médicaux sont ainsi irrecevables.

E. 2.4

En conclusion, le litige porte en conséquence sur le droit du recourant à la poursuite du versement des indemnités journalières, soit sur la question de la stabilisation de son état de santé, et subsidiairement, sur son droit à une rente d'invalidité et à une IPAI.

E. 3.1

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

E. 3.2

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). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique 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 apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 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). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité

avec l'événement assuré. En présence d'une boiterie ou d'un raccourcissement de la jambe, on ne peut nier le lien avec les douleurs, en cas de mauvais point d'appui, sans examen du cas concret et en se référant seulement aux études scientifiques. En effet, il existe des cas où il est prouvé qu'un mauvais point d'appui dû à un accident peut entraîner des douleurs lombaires comme cela a été jugé à plusieurs reprises par le Tribunal fédéral des assurances (voir RAMA 2003 n° U 38/01 p. 337 consid. 5.5.2). Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, 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). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans pathogenèse claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 4.2 et les références).

E. 3.3

La notion de SDRC appartient aux maladies neurologiques, orthopédiques et traumatologiques et constitue ainsi une atteinte à la santé physique, respectivement corporelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_234/2023 du 12 décembre 2023 consid. 3.2). Ce diagnostic désigne, en médecine, un état maladif post-traumatique, qui est causé par un traumatisme bénin qui se transforme rapidement en des douleurs importantes et individualisées avec des sensations de cuisson, et s'accompagne de limitations fonctionnelles de type moteur, trophique ou sensori-moteur. Toute une extrémité ou une grande partie d'une zone du corps est touchée. Les causes peuvent non seulement être une distorsion d'une articulation mais aussi, un infarctus. La discordance entre le traumatisme à l'origine, qui peut être qualifié de bagatelle, et les conséquences est importante. L'étiologie et la pathogenèse de ce syndrome ne sont pas claires. C'est pourquoi, selon la jurisprudence, pour qu'un tel syndrome puisse constituer la conséquence d'un accident, les trois critères suivants doivent être réalisés : a) la preuve d'une lésion physique (comme par exemple un hématome ou une contusion) après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident ; b) l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (comme par exemple : état après infarctus du myocarde, après apoplexie, après ou lors de l'ingestion de barbituriques, lors de tumeurs, de grossesses ; etc.) et c) une courte période de latence entre l'accident et l'apparition du SDRC, soit au maximum six à huit semaines (arrêts du Tribunal fédéral 8C_871/2010 du 4 octobre 2011 consid. 3.2 et 8C_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1 in SVR 2010 UV n° 18 p. 69). Pour admettre un lien de causalité naturelle, il n'est pas nécessaire que le diagnostic ait été

posé dans les six à huit semaines après l'accident, mais il est en revanche déterminant que sur la base de constatations médicales effectuées en temps réel, il soit établi que la personne concernée a présenté, au moins partiellement, des symptômes typiques du SDRC durant la période de latence de six à huit semaines après l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_234/2023 du 12 décembre 2023 consid. 3.2 et les références). La causalité naturelle peut également être admise si le syndrome fait suite à une opération en lien avec l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_27/2019 du 20 août 2019 consid. 6.4.2 et les références citées). Le diagnostic de SDRC est fondé essentiellement sur des critères cliniques, car il n'existe pas de gold standard équivalent ni de test absolu spécifique pour ce diagnostic. Il est difficile de le distinguer d'autres syndromes douloureux des extrémités (David IONTA, Le syndrome douloureux régional complexe (SDRC) et causalité en LAA, in : Jusletter 18 octobre 2021). Pour la validation du diagnostic, il est communément fait référence aux critères dits « de Budapest », qui sont exclusivement cliniques et associent des symptômes et des signes dans quatre domaines : sensoriels, vasomoteurs, sudomoteurs/oedème et moteurs/trophiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C_234/2023 du 12 décembre 2023 consid. 3.2 et la référence).

E. 3.4

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. 3.5

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 (art. 18 al. 1 LAA). 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). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1); seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. 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 oeuvre. 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_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2 et les références). 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). Dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, il appartient à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 3.2 et les références). La notion d'incapacité de travail, à laquelle renvoie l'art. 16 al. 1 LAA comme condition du droit à l'indemnité journalière, est définie à 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 (art. 6 phr. 1 LPGA). 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 (art. 6 phr. 2 LPGA). À cet égard, la jurisprudence considère qu'un délai doit être imparti à l'intéressé pour rechercher une activité raisonnablement exigible dans une autre profession ou un autre domaine. La durée de ce délai doit être appréciée selon les circonstances du cas particulier; elle est généralement de trois à cinq mois selon la pratique applicable en matière d'assurance-maladie (ATF 129 V 460 consid. 5.2 et les références ; 114 V 281 consid. 5b et les références). À l'issue de ce délai, le droit à l'indemnité journalière dépend de l'existence d'une éventuelle perte de gain imputable au risque assuré. Celle-ci se détermine par la différence entre le revenu qui pourrait être obtenu sans la survenance de l'éventualité assurée dans la profession exercée jusqu'alors et le revenu qui est obtenu ou pourrait raisonnablement être réalisé dans la nouvelle profession. La perte de gain chiffrée en pour cent donne ainsi le taux de l'incapacité de travail résiduelle. Toutefois, cette jurisprudence, développée en relation avec l'obligation de diminuer le dommage en cas d'atteinte à la santé (exprimé à l'art. 6 phr. 2 LPGA par l'exigibilité d'une activité de substitution en cas d'incapacité de travail durable), ne concerne que l'indemnité journalière et n'est pas transposable au domaine des rentes pour lesquelles le droit prend naissance selon d'autres conditions prévues par les lois spéciales, soit en assurance-accidents l'art. 19 LAA. Autrement dit, lorsque le droit à l'indemnité journalière cesse du fait que les conditions du droit à la rente sont remplies (art. 19 al. 1 phr. 2 LAA), l'assureur-accidents n'est pas tenu d'impartir à l'assuré un délai pour s'adapter aux nouvelles circonstances et de lui verser les indemnités journalières pendant cette période. Il doit clore le cas et la rente fixée est versée à la date où a pris fin le droit à l'indemnité journalière (qui correspond également à celle de la fin du droit à la prise en charge du traitement médical selon l'art. 10 al. 1 LAA). L'art. 19 al. 1 LAA délimite ainsi du point de vue temporel le droit à ces deux prestations - qui sont temporaires - et le droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral 8C_310/2019 du 14 avril 2020 consid. 6.1.2 et les références).

E. 3.6

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 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères: s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de 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 LPGA (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 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références; 135 V 465 consid. 4.6). Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du

Tribunal fédéral 9C_486/2022 du 17 août 2023 consid. 6.5 et la référence). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations y compris d'ordre médical qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_87/2022 du 8 juillet 2022 consid. 6.2.1 et les références). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

E. 3.7

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 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). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment 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. 3.8

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (art. 7 et 8 LPGA) – et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.2). D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

E. 4.1

Le recourant conteste les conclusions du Dr F_____.

E. 4.1.1

Il estime en particulier, que contrairement à ce qu'avait retenu ce médecin, les critères de Budapest étaient remplis, en particulier le critère 3. Lors de son examen médical du 26 octobre 2022, le Dr F_____ avait en effet noté au niveau de son pied droit la présence d'un discret gradient thermique remontant en sous-malléolaire par rapport au côté gauche, ainsi que la présence d'une raideur discrète de la cheville. Or, dans les évolutions chroniques se développaient des enraidissements articulaires, des raccourcissements tendineux et des atrophies musculaires qui induisaient une diminution de la mobilité passive. Les différents rapports médicaux de ses médecins traitants n'étaient pas suffisamment complets pour poser le diagnostic de SDRC, ces médecins n'ayant pas examiné la situation avec les critères de Budapest. Ils avaient toutefois fait un certain nombre de constatations cliniques pertinentes pour le diagnostic selon ces critères. Il y avait donc des doutes sur la fiabilité des constatations du Dr F_____.

E. 4.1.2

Selon l'intimée, le Dr F_____ avait expliqué les raisons pour lesquelles il ne retenait plus le diagnostic de SDRC dans son appréciation médicale du 15 décembre 2022 de façon

probante.

E. 4.1.3

En l'espèce, le recourant procède à sa propre analyse des critères diagnostiques du SDRC, ce qui n'est pas convainquant, car celle-ci est du ressort médical. Le Dr F_____ a écarté, dans ses rapports des 26 octobre et 14 décembre 2022, le diagnostic de SDRC. Le Dr I_____ et la Dre J_____ ont retenu le 7 février 2022, suite à un examen clinique de celui-ci, que le diagnostic de SDRC paraissait évident. Dans leur rapport du 13 avril 2022, ils ont constaté que la situation n'avait pas évolué. Le 15 septembre 2022, les Drs L_____ et M_____, qui voyait l'assuré pour le suivi de son SDRC, ont évoqué une évolution stagnante et une persistance des douleurs. Enfin, dans leur rapport du 24 avril 2023, les Drs G_____ et O_____ ont indiqué qu'au vu du bilan radio-clinique, un SDRC pouvait être suspecté. Dans un rapport établi le 18 avril 2023, la Dre N_____ a indiqué que face aux douleurs cliniques du recourant, le cadre clinique qui émergeait était celui d'un SDRC. La conclusion du Dr F_____ s'agissant de l'absence du diagnostic de SDRC est ainsi remise en cause par plusieurs rapports médicaux, qui ne sont pas dénués d'une certaine force probante. Cela étant, au vu de la difficulté de poser le diagnostic de SDRC, l'appréciation du Dr F_____ n'apparaît pas d'emblée incorrecte. Dans la mesure où l'état de santé du recourant peut être considéré comme stabilisé, comme cela sera examiné ci-après, il n'apparaît pas nécessaire de compléter l'instruction sur le diagnostic de SDRC, ce d'autant moins que le Dr R_____ a indiqué dans son rapport du 18 mars 2024, qu'à ce jour, il n'y avait plus de signes pouvant correspondre à ce diagnostic.

E. 4.2.1

Le recourant a fait valoir que son état n'était pas stabilisé, contrairement à ce qu'avait retenu le Dr F_____ dans ses rapports des 8 janvier 2021, 26 octobre 2022 et 15 décembre 2022, et qu'une expertise devait être ordonnée pour examiner si tous les traitements susceptibles d'apporter une amélioration significative avaient été tentés. Selon l'intimée, en l'absence de mesures thérapeutiques susceptibles d'influencer de manière significative la capacité de travail du recourant, c'était à juste titre qu'elle avait considéré que son état était stabilisé.

E. 4.2.2

Le 9 novembre 2020, le Dr D_____ a indiqué, suite aux résultats de la scintigraphie osseuse du 27 octobre 2020, qu'il ne voyait rien d'autre à proposer sur le plan chirurgical au recourant qu'une AMO à partir de 18 mois post opératoires. L'AMO a été réalisée aux HUG le 24 septembre 2021. Selon un rapport du 15 novembre 2021 des HUG, il avait été constaté, lors d'une consultation du 3 novembre 2021, que la cicatrice du recourant était complètement calme, que la mobilisation de la cheville était complète, sans trouble sensitif, que les radiographies étaient sans particularité et que les prélèvements bactériologiques avaient été négatifs. Les médecins des HUG ont indiqué dans un rapport du 13 avril 2022 qu'ils avaient revu le recourant le 6 avril 2022, dans le cadre du suivi de son SDRC, et que celui-ci bénéficiait d'un traitement de physiothérapie, d'ergothérapie et de vitamine C, avec une évolution globalement stagnante avec persistance des douleurs à la jambe droite. La durée du traitement était difficile à déterminer. Il avait été décidé d'arrêter le suivi pour ne pas multiplier le nombre des intervenants et de laisser ce soin au Dr E_____. Il ressort du rapport établi par les HUG du 15 septembre 2022 que le recourant avait été vu le jour précédent pour le suivi de son SDRC, survenu après l'AMO de sa jambe droite, et que

malgré les traitements, la situation n'avait pas évolué positivement. Devant cette évolution stagnante avec une persistance de douleurs, le recourant était adressé à la consultation de la douleur. Il n'y avait pas de nouvelles prises en charge chirurgicales à proposer au recourant. Le 26 octobre 2022, le Dr F_____ a estimé que son examen du recourant du 14 décembre 2022 confirmait la stabilisation de son état de santé et qu'on pouvait dire qu'elle datait du 1^{er} décembre 2021, soit un peu plus de deux mois après l'AMO du 24 septembre 2021, car aucune nouvelle intervention n'était nécessaire. Il résulte des rapports qui précèdent que suite à l'ablation du matériel du 24 septembre 2021, il n'y avait plus de traitement médical préconisé par les médecins traitants du recourant susceptible d'apporter une sensible amélioration à son état de santé, de sorte que c'est à juste titre que l'intimée a considéré que l'état de santé du recourant était stabilisé au 31 décembre 2021, étant rappelé qu'il ne suffit pas qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique à l'assuré pour retenir le contraire. Le Dr E_____ a indiqué les 13 décembre 2021 et 11 mars 2022 que la situation médicale du recourant n'était pas stabilisée. À défaut de motivation, ces avis ne remettent pas sérieusement en cause la conclusion du Dr F_____ sur ce point. Il ressort de l'expertise du CEMEDEX que le recourant a encore été opéré le 21 novembre 2023 en raison de ses douleurs au coude gauche (neurolyse et transposition antérieure du nerf cubital gauche). Dans la mesure où ce n'est que le 18 octobre 2023 que le docteur U_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, a posé le diagnostic de compression du nerf cubital ayant conduit à l'intervention précitée, il n'est pas contestable qu'au moment de la décision querellée, le 24 janvier 2023, l'intimée était fondée à retenir que l'état de santé du recourant était stabilisé.

E. 4.3.1

Le recourant conteste les conclusions du Dr F_____ selon lesquelles sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée.

E. 4.3.2

À cet égard, la chambre de céans relève que les conclusions consensuelles des experts du CEMEDEX retiennent une capacité de travail dans une activité adaptée de 45% dès mai 2020, ce qui correspond aux conclusions de l'expert orthopédique, le Dr R_____. À teneur du rapport de ce dernier, les atteintes orthopédiques du recourant prises en compte résultaient de sa fracture au tibia et au péroné, et des suites de cette fracture, qui ont été défavorables, avec une évolution possible d'un SDRC à la jambe droite, un défaut d'axe en valgus et une pseudarthrose (soit une consolidation retardée d'une fracture « revue medicale-suisse/2013/revue-medicale-suisse-411/Pseudarthroses aseptiques des os longs »). Il en résulte que l'appréciation du Dr R_____ est pertinente non seulement dans le cadre de l'assurance-invalidité, mais également dans le cadre de l'assurance-accidents, car sur le plan orthopédique, les atteintes à la santé du recourant sont manifestement en lien de causalité naturelle avec son accident du 14 février 2009, puisqu'elles en sont la conséquence directe. S'agissant de l'atteinte au coude gauche du recourant, le Dr R_____ a retenu, contrairement au Dr F_____, que la marche continue à deux cannes, puis à une canne, d'abord à gauche puis à droite à cause de douleurs au coude gauche, avait provoqué une compression du nerf cubital de l'assuré, lequel présentait une instabilité dynamique à ce niveau. Le Dr R_____ établit ainsi de façon convaincante qu'il y a également un lien de causalité naturelle entre les douleurs au coude du recourant et son accident de 2009, la marche avec des cannes ayant eu pour origine la mauvaise évolution de la fracture du recourant depuis lors. Le Dr F_____ a retenu, dans son rapport du 18 juillet 2024, que le

problème du coude gauche et de l'épaule droite du recourant étaient en lien tout au plus possible avec l'accident assuré, car l'origine des microcalcifications ne pouvaient être que d'origine malade. Cette conclusion est contestable, car le Dr F_____ a omis de mentionner la bursite sous-acromiale, qui pouvait également être à l'origine d'omalgies selon le Dr R_____, vu l'échographie du 10 décembre 2019, ainsi que la compression du nerf cubital, qui a fait l'objet d'une intervention le 21 novembre 2023. Le Dr R_____ a effectué une expertise indépendante qui répond aux réquisits permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Son analyse de la capacité de travail est également pertinente pour le cas d'espèce, puisqu'il n'a pris en compte que les suites de l'accident du recourant de 2009. Elle remet ainsi sérieusement en cause les conclusions différentes à ce sujet du Dr F_____, qui est lié à l'intimée, étant chef de son team médecine d'assurance, étant rappelé que lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères. S'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. Par ailleurs, le Dr R_____ a pris en compte les douleurs du recourant de type mécanique, relevant qu'elles étaient importantes et toujours présentes avec la même intensité depuis la fracture et qu'elles limitaient fortement la position statique, la marche mais aussi la position assise, ce qui compromettait ou limitait très fortement une réadaptation professionnelle, comme cela avait été constaté lors de son stage d'orientation professionnelle effectué aux ÉPI en 2016. Le Dr R_____ a précisé à cet égard que même si ce stage datait, la problématique restait la même. Il a ajouté que, du point de vue orthopédique, il n'y avait pas d'incohérence entre les plaintes du recourant, l'examen et les diagnostics. Celui-ci était compliant sur les prescriptions, car il en avait besoin pour traiter ses douleurs. La plausibilité était en outre renforcée par le constat de l'atrophie musculaire de ses cuisse et jambe droites, qui traduisait ses limitations de charge possible sur le membre inférieur droit et les limitations fonctionnelles de ce membre. Le Dr R_____ a ainsi fait état d'observations médicales permettant de retenir comme établies les douleurs du recourant. L'appréciation du Dr R_____ est ainsi davantage convaincante que celle du Dr F_____, qui a retenu, dans son rapport du 15 décembre 2022 qu'il persistait des douleurs qui apparaissaient disproportionnées avec l'événement initial, sans plus de motivation sur ce point. En conclusion, il y a lieu de retenir, comme l'a fait le Dr R_____, que le recourant a été totalement incapable de travailler dans son activité habituelle dès le 14 février 2009 et que sa capacité de travail dans une activité adaptée était de 45% depuis le 1 er mai 2022.

E. 4.4

Le recourant estime que sa capacité de travail résiduelle n'était pas exploitable dans le milieu économique.

E. 4.4.1

Il a en particulier fait valoir que son stage d'orientation professionnelle aux ÉPI effectué en 2016 avait mis en évidence que ses capacités physiques étaient faibles et que les positions de travail s'avéraient inexploitable dans le marché ordinaire quel que soit le domaine. En effet, la position statique n'était pas tenue plus de 25 minutes, la position debout dynamique devenait problématique au-delà de 30 minutes et la position assise demandait un aménagement du poste de travail, car le recourant devait tenir sa jambe droite continuellement surélevée à l'horizontale, et que malgré cet aménagement, cette position n'était pas tenue plus de 30 minutes. Selon l'intimée, au regard des activités physiques ou

manuelles simples que recouvraient les secteurs de la production et des services, un nombre suffisant d'entre elles correspondait à des travaux légers ne nécessitant pas le port régulier de charges excédant les 3 à 4.5 kg – soit des charges même inférieures aux limitations reconnues pour le recourant –, comme en particulier les activités de contrôle et de surveillance.

E. 4.4.2

Selon la jurisprudence, en cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré. En l'occurrence, le Dr R_____ a pris en compte le rapport des ÉPI de 2016 et a motivé de façon convaincante la capacité de travail de 45% retenue pour le recourant dans une activité adaptée, ce qui n'apparaît pas irréaliste. Il convient en conséquence de s'en tenir à ses conclusions. Par ailleurs, les conclusions de la division de réadaptation professionnelle de l'intimée du 7 mai 2024, selon lesquelles la capacité de travail résiduelle n'était pas exigible du recourant, après analyse globale de sa situation, ne sont pas déterminantes dans le cadre de l'assurance-accidents, du fait qu'elles étaient essentiellement motivées par les difficultés psychiques du recourant, qui ne pouvait plus supporter une activité stressante. Or, l'atteinte psychique n'a pas à être prise en compte dans le cas d'espèce, celle-ci n'étant pas en relation de causalité adéquate avec l'accident assuré, ce que le recourant n'a d'ailleurs jamais allégué.

E. 4.5.1

Le recourant conteste le revenu d'invalidé fixé par l'intimée, faisant valoir qu'un abattement de plus 5% aurait dû être appliqué sur le salaire statistique, compte tenu de ses limitations fonctionnelles sur le plan physique et de ses circonstances personnelles. L'intimée a fait valoir qu'au vu de la jurisprudence, une réduction supérieure à 5% ne se justifiait pas en l'état, eu égard aux limitations fonctionnelles retenues par le médecin d'assurance. Le facteur de l'âge ne jouait pas un rôle déterminant dans le cas d'une personne assurée qui avait 45 ans au moment de la décision administrative. Par ailleurs le manque d'expérience du recourant dans une nouvelle profession n'était pas un facteur susceptible de jouer un rôle sur ses perspectives salariales, car les activités adaptées au niveau de compétence 1 ne requéraient ni formation ni expérience professionnelle spécifique et tout nouveau travail allait de pair avec une période d'apprentissage, de sorte qu'il n'y avait pas lieu d'effectuer un abattement à ce titre. S'agissant du critère de la nationalité et de l'autorisation de séjour, le Tribunal fédéral avait qualifié d'inexact l'affirmation fréquente selon laquelle la totalité des étrangers gagnait moins que l'ensemble des Suisses et des étrangers réunis étant donné qu'il pouvait exister des différences sensibles selon la catégorie des étrangers et le niveau des exigences en particulier chez les titulaires d'une autorisation d'établissement (permis C) où le salaire moyen pour les tâches simples et répétitives pouvait être supérieur à la moyenne. (ATF 126 V 75 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_738/2012 du 20 décembre 2012 consid. 6.2 ; 8C_567/2009 du 17 septembre 2009 consid. 7.2 et les références). L'abattement de 5% devait donc être confirmé.

E. 4.5.2

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'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références; 126 V 75 consid. 5b/bb et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 3.3 et les références). 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. 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. 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). 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). 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 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). Dans un arrêt récent rendu en matière d'assurance-invalidité, le Tribunal fédéral a rappelé qu'en ce qui concerne le critère de l'âge comme facteur d'abattement du salaire statistique, il y a lieu de tenir compte de l'interdépendance des facteurs personnels et professionnels entrant en ligne de compte qui contribuent à désavantager la personne assurée sur le marché du travail

après une absence prolongée. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne. Aussi, en présence d'un assuré de plus de 50 ans, la jurisprudence insiste sur l'effet de l'âge combiné avec un handicap, qui doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret (arrêt du Tribunal fédéral 9C_341/2023 du 29 janvier 2024 consid. 6.2.3 et les références). Le fait que l'on ne puisse raisonnablement exiger de l'assuré que des travaux légers ne justifie pas un abattement en raison des limitations liées au handicap, d'autant plus que les salaires statistiques de niveau de qualification 1 de l'ESS comprennent déjà un grand nombre de travaux légers et moyennement lourds (arrêt du Tribunal fédéral 8C_151/2020 du 15 juillet 2020 consid. 6.2 et les références). Les hommes titulaires d'un permis de séjour C sans fonction de cadre gagnent moins que les Suisses (ESS 2016, tableau TA12), mais plus que la valeur centrale utilisée pour l'évaluation de l'invalidité (ESS 2016, tableau TA1; arrêt 9C_702/2020 du 1^{er} février 2021 consid. 6.3.2 et les références). L'absence prolongée du marché du travail n'est pas déterminante dans le contexte d'une activité adaptée relevant de tâches manuelles simples, comme prise en considération dans le jugement entrepris en référence à l'ESS 2014, niveau 1 (arrêts 9C_777/2015 du 12 mai 2016 c. 5.3 ; 8C_351/2014 du 14 août 2014 consid. 5.2.4.2 et 8C_594/2011 du 20 octobre 2011 consid. 5). Le Tribunal fédéral a considéré qu'un éloignement du marché du travail depuis un accident survenu en juillet 2016 (la décision sur opposition étant rendue en mars 2021) ne suffisait pas à justifier une déduction sur le revenu d'invalidité, dans la mesure où l'intéressé avait régulièrement travaillé, auprès de différents employeurs, depuis son arrivée en Suisse en 1984 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_682/2023 du 24 avril 2024 consid. 4.3.2). Au vu des activités simples du niveau de compétence 1, on ne saurait retenir qu'un assuré, au bénéfice d'un permis d'établissement, vivant en Suisse depuis plus de 36 ans au moment de la décision sur opposition, aurait des perspectives de gain moindres que celles d'un travailleur ayant la nationalité suisse (ATF 126 V 75 consid. 5a/cc), quand bien même il maîtriserait mal le français et n'aurait pas de formation dans les activités en question, qui ne nécessitent ni formation ni expérience professionnelle spécifiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C_682/2023 du 24 avril 2024 consid. 4.3.2 et les références). Le travail à plein temps n'est pas nécessairement mieux rémunéré que le travail à temps partiel; dans certains domaines d'activités, les emplois à temps partiel sont en effet répandus et répondent à un besoin de la part des employeurs, qui sont prêts à les rémunérer en conséquence (ATF 126 V 75 consid. 5a/cc ; aussi arrêt du Tribunal fédéral 8C_49/2018 du 8 novembre 2018 consid. 6.2.2.2). Cela étant, si selon les statistiques, les femmes exerçant une activité à temps partiel ne perçoivent souvent pas un revenu moins élevé proportionnellement à celles qui sont occupées à plein temps (cf., p. ex., arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2011 du 30 avril 2012 consid. 4.2.2), la situation se présente différemment pour les hommes; le travail à temps partiel peut en effet être synonyme d'une perte de salaire pour les travailleurs à temps partiel de sexe masculin (arrêt du Tribunal fédéral 8C_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.2).

E. 4.6

En l'occurrence, le recourant est capable de travailler à 100% dans une activité adaptée et ses limitations sont le port de charges de plus de 20 kg, le port répétitif de charges de plus de 10 kg, les montées et descentes réguliers d'escaliers, le travail sur échafaudages, à genoux ou accroupi. Il faut admettre qu'elles n'ont pas d'incidence sur l'exercice des

activités simples et légères qui restent exigibles de sa part. Il a allégué ses circonstances personnelles, sans les développer. Il n'apparaît pas, au vu de la jurisprudence en la matière, qu'il y aurait de telles circonstances, dès lors que le recourant était âgé de 45 ans en 2022, que les activités simples et répétitives ne requièrent ni formation ni expérience, qu'il réside en Suisse depuis 2001 et qu'il est au bénéfice d'un permis C. Le fait que le recourant est resté longtemps éloigné du marché du travail n'est pas non plus déterminant dans le cadre des activités exigibles de lui. Un abattement de 5% reste correct en l'espèce bien que la capacité de travail dorénavant retenue est de 45%, et non plus de 100%, dans une activité adaptée. Ce taux a été fixé par l'intimée en tenant compte de limitations fonctionnelles, or il n'y a plus lieu d'en tenir compte dans l'abattement, puisqu'elles ont déjà été prises compte dans la capacité de travail. En revanche, un abattement de 5% prend en compte le fait que le recourant doit travailler à temps partiel. Ce taux d'abattement doit ainsi être confirmé.

E. 4.7

En tenant compte d'une capacité de travail de 45% dans une activité adaptée et sur la base des calculs faits par l'intimée dans la décision sur opposition du 24 janvier 2023 (soit un revenu sans invalidité de CHF 71'440.- et un revenu sans invalidité de CHF 28'246.33 [CHF 62'769.64 x 45%]), le taux d'invalidité du recourant est de 60.46%, arrondis à 60% (arrêt du Tribunal fédéral 8C_3/2022 du 18 janvier 2023 consid. 7 ; ATF 130 V 121), ce qui lui ouvre le droit à une rente d'invalidité de 60% dès le 1^{er} janvier 2022.

E. 4.8.1

Le recourant fait valoir qu'il avait droit à une IPAI, contestant l'appréciation du Dr F_____. Selon l'intimée, le recourant n'apportait pas d'éléments objectifs susceptibles de remettre en question les conclusions du Dr F_____ et c'était à bon droit qu'elle lui avait nié le droit à une IPAI. Après avoir examiné une nouvelle fois le recourant le 26 octobre 2022 et fait procéder à un bilan radiologique, le Dr F_____ avait conclu que le vice rotatoire devait être considéré comme séquelle de l'événement du 14 février 2009. En l'absence de répertoire concernant cette séquelle – ni directe ni par analogie – et d'arthrose objectivable, il avait considéré que l'estimation de l'atteinte à l'intégrité était inférieure au taux indemnifiable. L'intimée a encore relevé que l'inégalité de 1 cm du membre inférieur droit était en défaveur de la partie proximale du membre inférieur droit alors que seule la partie distale dudit membre était concernée par l'accident du 14 février 2009. Cette inégalité de longueur des membres inférieures n'était ainsi pas secondaire à l'événement précité.

E. 4.8.2

Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). Le

montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1; 113 V 218 consid. 4b et les références; 125 II 169 consid. 2d). Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1; 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 p. 415; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2). L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité se fonde sur les constats médicaux, de sorte qu'il incombe, dans un premier temps, au médecin de se prononcer, en tenant compte des atteintes énumérées à l'annexe 3 de l'OLAA et dans les tables de la SUVA, sur la question de savoir si, et dans quelle mesure, il existe un dommage. Il appartient toutefois à l'administration ou au tribunal de procéder à l'évaluation juridique, sur la base des constatations médicales, de l'existence d'une atteinte à l'intégrité, de déterminer si le seuil de gravité est atteint et, dans l'affirmative, l'étendue de l'atteinte. Bien que l'administration et le tribunal doivent s'en tenir aux données médicales, l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité, en tant que fondement du droit aux prestations, relève, en fin de compte, de leur domaine de compétence (arrêt du Tribunal fédéral 8C_746/2022 du 18 octobre 2023 consid. 4.2 et ATF 140 V 193 consid. 3.2). Selon la table 2 relative à l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA table 2, qui concerne l'atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs : - Perte fonctionnelle totale d'un membre inférieur 50% - Raccourcissement du membre inférieur de 6 cm 15% - Raccourcissement du membre inférieur de 3-4 cm 10% - Raccourcissement du membre inférieur de 2 cm au maximum, sans autres altérations morphologiques ou fonctionnelles (p. ex.: défaut de rotation, déplacement de l'axe) 0%

E. 4.8.3

En l'espèce, vu les conclusions de l'expert R_____, qui retient que le recourant souffre de douleurs importantes qui limitent fortement la position statique, la marche et la position assise, la question du taux de l'atteinte à l'intégrité doit être réexaminée, en particulier celle de déterminer le taux de perte fonctionnelle du membre inférieur droit du recourant. L'expert devra également se prononcer sur la question de savoir s'il y a un raccourcissement de ce membre inférieur de 2 cm au maximum, en lien de causalité naturelle avec l'accident, avec une autre altération morphologiques ou fonctionnelle, justifiant une indemnisation. La chambre de céans renverra en conséquence la cause à l'intimée pour instruction complémentaire sur le droit du recourant à une IPAI, laquelle pourrait éventuellement utilement être requise du Dr R_____.

E. 5

Le recours est ainsi partiellement admis. La décision querellée sera annulée, il sera dit que le recourant a droit à une rente d'invalidité de 60% dès le 1^{er} janvier 2022 et la cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire sur l'IPAI. Le recourant obtenant partiellement gain de cause et étant assisté d'un conseil, il a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 3'000.- et mis à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA). 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 :