

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2953/2022

ATAS/357/2023

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 mai 2023

Chambre 8

En la cause

A_____

recourant

représenté par Me Jean-Philippe ANTHONIOZ, avocat

contre

**SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN
CAS D'ACCIDENTS**

intimée

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente suppléante ; Saskia BERENS TOGNI et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

- A.**
- a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1985, était employé en qualité d'aide-monteur en ventilation depuis le 5 février 2018, par l'intermédiaire d'une agence de placement. À ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels ou non auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).
 - b.** Le 23 avril 2018, l'assuré a trébuché dans les escaliers d'un chantier (déclaration de sinistre du 26 avril 2018).
 - c.** Les premiers soins ont été prodigués au Centre hospitalier Annecy Genevois, qui a mis l'assuré en arrêt de travail total, lequel a été prolongé par la suite par les docteurs B_____, médecin généraliste, et C_____, chirurgien orthopédiste et traumatologue, tous deux pratiquant en France.
 - d.** La SUVA a pris en charge le cas.
 - e.** Le 14 novembre 2018, le Dr C_____ a procédé à une réinsertion du ligament talo-fibulaire antérieur, sous arthroscopie.
 - f.** Le 15 novembre 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI).
 - g.** Le 19 juin 2019, l'assuré a subi une ligamentoplastie de la cheville droite.
 - h.** Dans une appréciation du 22 septembre 2020, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin de la SUVA, a, après avoir rappelé que l'assuré avait souffert d'une entorse grave de la cheville droite avec une évolution défavorable en raison d'une douleur persistante, retenu que l'état de santé pouvait être considéré comme suffisamment stable, en l'absence de proposition d'une nouvelle chirurgie. L'assuré, inapte à exercer son activité habituelle, pouvait travailler à plein temps dans une activité adaptée, essentiellement en position assise, permettant quelques déplacements, sans marche sur terrains instables ni utilisation d'échelles ou d'escaliers, et évitant le port de charges supérieures à 15 kg.
 - i.** Dans une appréciation séparée du même jour, le Dr D_____ a fixé à 5% le taux de l'atteinte à l'intégrité.
 - j.** Par courrier du 30 septembre 2020, la SUVA a informé l'assuré de la fin du paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 décembre 2020.
- B.**
- a.** Par décision du 13 janvier 2021, la SUVA a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, et lui a reconnu le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 7'410.- sur la base d'un taux de 5%.
 - b.** Le 20 janvier 2021, l'assuré a formé opposition à cette décision.

c. Dans un rapport du 8 avril 2021, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a préconisé une arthrodèse tibio-talienne à droite.

d. Le lendemain, le Dr D_____ a considéré que cette opération constituait une rechute, qualification qui a été contestée par l'assuré lors d'un entretien téléphonique le 12 avril 2021.

e. Le 16 avril 2021, la SUVA a annulé sa décision du 13 janvier 2021 et a continué à prester, en versant à l'assuré des indemnités journalières et en s'acquittant du traitement médical.

f. Le 19 avril 2021, le Dr E_____ a effectué l'intervention qu'il avait proposée.

g. Par décision du 14 mai 2021, l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE) a mis l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité entière du 1^{er} mai 2019 au 31 décembre 2020, et lui a refusé l'octroi de mesures professionnelles.

h. Dans un rapport du 21 janvier 2022, la docteure F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué avoir revu ce jour l'assuré avec le Dr E_____, à neuf mois d'une arthrodèse tibio-talienne à droite, et constaté que le patient présentait une cheville sans enflure, et une marche lente mais fluide, avec des douleurs au niveau de son coussinet graisseux sous le calcanéum. Une amélioration importante de la situation ne pouvait pas être attendue, même au moyen d'une intervention chirurgicale.

i. Par lettre du 16 février 2022 confirmée le 7 juillet suivant, l'OAI a fait savoir à la SUVA que la décision du 14 mai 2021 n'avait pas fait l'objet d'un recours.

j. Par appréciation du 15 mars 2022, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin de la SUVA, a estimé que l'état de santé de l'assuré était stabilisé, et a confirmé l'exigibilité retenue antérieurement par son confrère.

k. Dans une appréciation séparée du même jour, le Dr G_____ a évalué le taux de l'atteinte à l'intégrité à 15%.

l. Par lettre du 16 mars 2022, la SUVA a avisé l'assuré de la clôture du dossier avec effet au 30 avril 2022.

C. a. Par décision du 19 mai 2022, la SUVA a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, au motif que la comparaison des revenus de valide (CHF 58'202.-) et d'invalidé (CHF 69'061.-) n'aboutissait à aucune perte de gain, tout en lui reconnaissant le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 22'230.- basée sur un taux de 15%.

b. Par pli du 27 juin 2022 complété le 3 août 2022, l'assuré s'est opposé à cette décision.

c. Par décision du 9 août 2022, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré.

D. a. Par acte du 13 septembre 2022, l'assuré, représenté par son avocat, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : chambre de céans) d'un recours contre la décision sur opposition du 9 août 2022, en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, principalement, à l'annulation de cette décision et à l'octroi d'une rente fondée sur un degré d'invalidité de 63%, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire.

Le recourant a produit en particulier :

- un certificat du 7 septembre 2022 du Dr B_____, indiquant que l'arthrodèse de la cheville droite avait rendu compliquée sinon impossible une activité professionnelle adaptée ou non à 100% ; et
- un rapport du 7 septembre 2022 de la docteure H_____, spécialiste en médecine générale pratiquant en France, mentionnant que l'exigibilité d'une activité professionnelle adaptée ou non à 100% ne pouvait être attendue.

b. Dans sa réponse du 10 octobre 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Elle a versé au dossier l'appréciation du 10 octobre 2022 du Dr G_____, dans laquelle il expliquait les motifs pour lesquels il confirmait sa précédente appréciation.

c. Dans sa réplique du 14 novembre 2022, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il a joint un rapport du 25 octobre 2022 du Dr B_____, selon lequel les séquelles de la jambe droite du recourant consécutives à l'accident de travail ne lui permettaient plus une station debout et/ou assise prolongées, le port de charges était impossible et celui-ci souffrait de douleurs nocturnes ; ces circonstances rendaient circonspects quant à la reprise de travail.

d. Dans sa duplique du 21 novembre 2022, l'intimée a maintenu sa position.

EN DROIT

1.

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

1.2 Selon l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours

(al. 1). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (al. 2).

1.3 L'ancien employeur du recourant, lequel est domicilié en France, est situé dans le canton de Genève. Partant, la chambre de céans est compétente à raison de la matière et du lieu pour juger du cas d'espèce.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours (du 13 septembre 2022) a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA a contrario).
4. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu après cette date (le 23 avril 2018), le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau 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 à compter du 1^{er} janvier 2017.
5. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 et 60 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) 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 art. 89C let. b LPA), le recours est recevable.

6. Au vu des conclusions et motifs du recours, le litige porte uniquement sur le degré d'invalidité du recourant, singulièrement sur le taux de sa capacité de travail dans une activité adaptée.

7.

7.1 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.

7.2 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 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et la référence ; 129 V 402 consid. 2.2 et les références).

8.

8.1 L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGGA) 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).

8.2 Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (art. 18 al. 1 LAA, dans sa teneur en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017).

8.3 Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de 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.

8.3.1 Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). L'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures - comme une cure thermale - ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2 et les références).

8.3.2 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).

9.

9.1 La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. 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).

9.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (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).

9.3 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).

9.3.1 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).

9.3.2 Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2 et les références). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

9.3.3 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 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).

11.

11.1 L'intimée a clos le dossier au 30 avril 2022, en considérant que l'état de santé du recourant avec des séquelles définitives à la cheville droite était stabilisé, ce que ce dernier ne conteste pas – à juste titre. En effet, dans un rapport du

21 janvier 2022, à neuf mois de la dernière intervention chirurgicale (arthrodèse), la Dre F_____ a indiqué qu'on ne pouvait plus s'attendre à une amélioration importante de la situation médicale du recourant (dossier intimée pièce 273), malgré la prescription de physiothérapie (pièce 261).

11.2 Il n'est pas contesté par l'intimée que le recourant ne peut plus exercer son activité habituelle d'aide-monteur en ventilation en raison de son atteinte à la santé consécutive à l'accident survenu le 23 avril 2018.

11.3 Le recourant conteste l'exigibilité retenue à 100% dans une activité adaptée, en reprochant à l'intimée de ne pas avoir suffisamment instruit son cas sur le plan médical.

11.3.1 La décision litigieuse repose sur l'appréciation du 15 mars 2022 du Dr G_____, médecin de l'intimée, qui renvoie à celle du 22 septembre 2020 du Dr D_____ (dossier intimée pièce 279), dans laquelle ce dernier a conclu que le recourant est apte à exercer à plein temps une activité adaptée, essentiellement en position assise, permettant quelques déplacements, sans marche sur terrains instables ni utilisation d'échelles ou d'escaliers, et évitant le port de charges supérieures à 15 kg (pièce 191).

11.3.2 Dans son appréciation du 10 octobre 2022, le Dr G_____, qui a étudié les pièces médicales au dossier, y compris la documentation radiologique, motive, de manière circonstanciée, les raisons pour lesquelles il confirme ses précédentes conclusions.

Il constate que les radiographies réalisées plusieurs mois après l'arthrodèse montraient une évolution favorable avec une consolidation. La dernière IRM du 18 janvier 2022 (dossier intimée pièce 277), effectuée en raison des douleurs persistantes invoquées, était rassurante, et elle n'avait révélé aucune atteinte, en particulier fascite plantaire ou tendinopathie achilléenne, fracture de stress du calcanéum ou panniculite plantaire susceptible d'expliquer l'origine des douleurs. Il ajoute que, dans leur rapport du 18 janvier 2022 – fondé sur l'examen personnel du recourant –, les médecins-traitants (les Drs E_____ et F_____) décrivaient une arthrodèse qui avait bien guéri, une cheville sans enflure et une marche lente, mais fluide. Le Dr G_____ explique que, après arthrodèse tibio-talienne dont la consolidation est confirmée, la déambulation en terrain plat sur de courtes distances, la station debout non prolongée et le port de charges légères sont possibles. Dans ces circonstances, il considère que les limitations fonctionnelles retenues le 20 (recte : 22 septembre 2020) par le Dr D_____ sont transposables à la situation après arthrodèse de la cheville dont la consolidation est objectivée par l'examen CT du 31 août 2021 (dossier intimée pièce 256).

Les conclusions étayées du Dr G_____, qui reposent sur suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur l'examen personnel du recourant (rapports de consultation des médecins-traitants, dossier radiologique), emportent la conviction.

Dans un certificat du 7 septembre 2022, le Dr B_____ se limite à indiquer que l'arthrodèse de la cheville droite a rendu compliquée sinon impossible toute activité professionnelle à 100%. Dans un rapport du 7 septembre 2022, la Dre H_____ se contente également de mentionner que l'exigibilité d'une activité professionnelle adaptée ou non à 100% ne peut être attendue, sans la moindre explication. Ces médecins n'apportent aucun élément objectif nouveau, qui aurait été ignoré par le Dr G_____. Partant, la seule appréciation différente de la capacité de travail ne suffit pas à jeter le discrédit sur les conclusions de celui-ci.

Quant au rapport du 25 octobre 2022 du Dr B_____, dans lequel il relève que les séquelles de la jambe droite du recourant consécutives à l'accident de travail ne lui permettent plus une station debout et/ou assise prolongée, que le port de charges est impossible, que son patient souffre de douleurs nocturnes, et que ces circonstances rendent circonspects quant à la reprise de travail, l'on constate qu'il fait état de faits déjà connus (douleurs) et que les limitations fonctionnelles qu'il a retenues sont superposables à celles admises par le Dr G_____ (soit la nécessité d'alterner les positions), étant souligné, que de l'aveu même du recourant (mémoire de recours p. 15 let. h), il peut porter des charges légères, comme l'indique le Dr G_____.

Par conséquent, la chambre de céans admet, avec le Dr G_____, que le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

11.3.3 Aussi n'est-il pas nécessaire, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a), de mettre en œuvre une expertise judiciaire.

12. Reste à se prononcer sur le degré d'invalidité du recourant.

12.1 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).

12.2 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).

12.3 Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 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).

12.4 L'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents ; de même, 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_679/2020 du 1^{er} juillet 2021 consid. 5.1 et les références).

12.5 Dans le domaine de l'assurance-accidents, le revenu sans invalidité doit être établi sans égard au fait que l'assuré mettait à profit entièrement, ou en partie seulement, sa capacité de travail avant l'accident. Il faut, autrement dit, rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé les utiliser pleinement (cf. ATF 119 V 475 consid. 2b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_664/2007 du 14 avril 2008 consid. 7.2.2 à 7.2.5 et les références).

12.6 En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'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).

Il y a 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_405/2021 du 9 novembre 2021 consid. 5.2.1 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 et 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). À cet égard, l'ESS 2020 a été publiée le 23 août 2022, l'ESS 2018 le 21 avril 2020.

Depuis la 10^e édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_skill_level de l'ESS 2012 ; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (arrêt du Tribunal fédéral 9C_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1 et les références).

12.7 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).

13.

13.1 Pour la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente de l'assurance-accidents (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.311/02 du 4 février 2003 consid. 4.1). Dès lors que l'intimée a clos le dossier au 30 avril 2022 (consid. 11.1 ci-dessus) et que des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité n'ont pas été mises en œuvre (décision du 14 mai 2021 de l'OAIE ; art. 19 al. 1 LAA), il y a lieu d'examiner les conditions du droit à une rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2022. La comparaison des revenus doit donc se faire au regard de cette année-là, comme l'a fait à juste titre l'intimée.

13.2 S'agissant du revenu annuel sans invalidité que le recourant aurait pu obtenir en 2022 dans son ancienne activité s'il n'avait pas été atteint dans sa santé, l'intimée a retenu un montant de CHF 58'202.- obtenu selon le calcul suivant : CHF 25.20 (salaire horaire minimum prévu par la convention collective de travail [CCT] applicable) × 41 heures de travail hebdomadaires × 52 semaines par année + 8.33% (13^e salaire).

13.2.1 Le recourant conteste ce montant, en reprochant à l'intimée de ne pas avoir tenu compte des indemnités sur le salaire horaire afférent aux vacances et aux jours fériés. Selon lui, son revenu de valide qu'il a arrêté à CHF 65'857.50 se calcule comme suit : CHF 30.89 (salaire horaire minimum prévu par la CCT applicable incluant le salaire horaire de base [25.20], l'indemnité de jours fériés [0.90], l'indemnité de vacances [2.41], et l'indemnité 13^e salaire [2.38]) × 41 heures hebdomadaires × 52 semaines par année. Il fait valoir que, ce faisant, il ne compte pas deux fois les vacances et les jours fériés, car le taux d'indemnité de vacances de 9.24% et le taux d'indemnité pour jours fériés de 3.59% tiennent d'ores et déjà compte de la déduction des jours de vacances, respectivement des jours fériés.

13.2.2 Il ressort du dossier que le recourant percevait de son ancien employeur un salaire brut qui englobait les indemnités pour jours de vacances de 9.24% et pour

jours fériés de 3.59%, prévues par la CCT applicable (dossier intimée pièces 4 et 15).

Lorsque le salaire horaire comprend l'indemnité de vacances et l'indemnité pour jours fériés – comme en l'espèce –, les jours correspondants de vacances et de congés doivent être déduits du temps de travail annuel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_249/2020 du 3 décembre 2020 consid. 5.1).

Durant l'année 2022, le recourant aurait, à raison de 8.20 heures par jour (l'horaire de travail dans l'entreprise étant de 41 heures hebdomadaires), effectivement travaillé 232 jours (365 jours - 52 dimanches - 53 samedis - 6 jours fériés (vendredi 15 avril [Vendredi-Saint], lundi 18 avril [Pâques], jeudi 26 mai [Ascension], lundi 6 juin [Pentecôte], lundi 1^{er} août [Fête nationale], et jeudi 8 septembre [Jeûne genevois], le Nouvel An, Noël et la Restauration de la République tombant sur un samedi ou un dimanche ; cf. <https://www.ge.ch/vacances-scolaires-jours-feries/jours-feries-officiels-2022-2027>) - 22 jours de vacances (un taux d'indemnité de vacances de 10.64% correspond à 25 jours de vacances [cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_401/2018 du 16 mai 2019 consid. 4.4] ; partant, un taux d'indemnité de vacances ici de 9.24% correspond à 22 jours de vacances [$9.24 \times 25 / 10.64 = 21.71$]).

Le recourant argue que, dans la mesure où le taux d'indemnité de vacances de 9.24% s'obtient comme suit : 52 semaines de travail \times 5 jours de travail par semaine = 260 jours - 22 jours de vacances = 238 jours ; $9.24\% = 22 / 238 \times 100$, il n'y a pas lieu de déduire les vacances du temps de travail annuel, celles-ci étant déjà déduites des 260 jours. Or, dans l'arrêt 8C_401/2018 précité (consid. 4.4), les jours de vacances ont été déduits du temps de travail annuel, quand bien même le taux d'indemnité de vacances de 10.64% découle du même calcul qu'effectue le recourant : 52 semaines de travail \times 5 jours de travail par semaine = 260 jours - 25 jours de vacances = 235 jours ; $10.64\% = 25 / 235 \times 100$.

Ceci étant précisé, compte tenu d'un salaire horaire de CHF 28.51 (25.20 [salaire de base] + 0.90 [jours fériés] + 2.41 [vacances]), il en résulte un revenu annuel sans invalidité de CHF 58'755.40 ($28.51 \times 8.2 \times 232 = 54'237.42$, auquel vient s'ajouter le droit au 13^e salaire [8.33%], soit CHF 4'517.98).

13.3 Pour ce qui est du revenu avec invalidité, dès lors que le recourant n'a pas repris d'activité professionnelle, il convient de l'évaluer sur la base des statistiques salariales figurant dans l'ESS.

En ce qui concerne l'année de référence des tableaux statistiques à appliquer, l'ESS 2018 a été publiée le 21 avril 2020; l'ESS 2020, le 23 août 2022. Dès lors qu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, le 9 août 2022, l'intimée ne disposait pas des données 2020, le salaire avec invalidité doit être déterminé sur la base des données 2018 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3) et être indexé jusqu'à la date de l'ouverture du droit à la rente, soit le 1^{er} mai 2022 (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2).

13.3.1 Dans la décision litigieuse, l'intimée a retenu un revenu d'invalidé de CHF 66'254.-, calculé comme suit : CHF 5'417.- (tableau TA1_tirage_skill_level de l'ESS 2018, niveau 1, total, homme, part au 13^{ème} salaire comprise) \times 12 = CHF 65'004.- par année, ajusté à la durée hebdomadaire normale de travail en 2018 (41.7 heures), soit un salaire annuel de CHF 67'766.67 (CHF 65'004.- \times 41.7 / 40), lequel a été adapté à l'évolution des salaires nominaux (+ 0.9% en 2019, + 0.8% en 2020, - 0.7% en 2021, et + 1.9% en 2022), et auquel un abattement de 5% a été appliqué.

13.3.2 Le recourant évalue son revenu d'invalidé à CHF 24'392.86. Il indique que le salaire ESS reflète celui obtenu par des personnes valides ne souffrant d'aucun handicap, raison pour laquelle il se réfère plutôt à un tableau établi par un groupe d'experts qui distingue le niveau des salaires en fonction de la pénibilité du travail, et dont il ressort que le salaire statistique pour un homme dans une activité légère du secteur privé s'élève à CHF 4'547.-. Il estime que ce salaire doit être réduit de 15% compte tenu de ses limitations fonctionnelles importantes, et de l'éloignement du marché du travail, et qu'il ne peut exercer qu'une activité à mi-temps. Il ajoute qu'il ne faut pas indexer les salaires pour les années 2020 à 2022, car les données y relatives n'étaient pas fiables.

13.3.3 Quand bien même selon des recherches scientifiques, les personnes atteintes dans leur santé seraient moins bien traitées avec la prise en considération de la valeur médiane de l'ESS, le Tribunal fédéral a estimé, dans un arrêt de principe, qu'il n'y a pas de motif sérieux et objectif de modifier la jurisprudence selon laquelle la détermination du revenu d'invalidé sur la base des valeurs statistiques se fonde en principe sur la valeur centrale, respectivement médiane, de l'ESS (ATF 148 V 174 consid. 9.2.3 et 9.2.4).

Ainsi, il y a lieu de se référer, comme l'a fait à juste titre l'intimée, au tableau TA1_tirage_skill_level de l'ESS 2018, dont il ressort que le revenu statistique tiré d'activités physiques ou manuelles simples dans le secteur privé s'élève à CHF 5'417.- pour un homme (niveau 1, total, part au 13^{ème} salaire comprise), ou à CHF 65'004.- par année pour un plein temps (5'417 \times 12).

Ce salaire hypothétique se base toutefois sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises. Il convient dès lors de l'ajuster à la durée hebdomadaire normale de travail en 2018 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1), laquelle est de 41.7 heures (tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'OFS), ce qui porte le salaire annuel à CHF 67'766.67 pour un plein temps (65'004 \times 41.7 / 40).

Contrairement à ce que pense le recourant et conformément à la jurisprudence, il y a lieu d'adapter ce montant à l'évolution des salaires nominaux jusqu'au moment de la naissance du droit (éventuel) à la rente (consid. 12.3 ci-dessus ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_444/2021 du 29 avril 2022 consid. 4.1 et 4.3.4). Ainsi, il y a

lieu d'indexer ce montant à 2022, année déterminante pour la comparaison des revenus.

Selon le tableau T1.93 publié par l'OFS, les salaires nominaux des hommes ont évolué comme suit : + 0.9% en 2019, + 0.8% en 2020, - 0.7% en 2021, et + 1.1% (et non pas 1.9% comme retenu par l'intimée) en 2022 (disponible sur: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/travail-remuneration/salaires-revenus-cout-travail/indice-salaires/par-sexe.assetdetail.24745533.html>). Partant, le revenu d'invalidé s'élève à CHF 69'193.96 pour un plein temps (67'766.67 + 609.90 en 2019 = 68'376.57 + 547.01 en 2020 = 68'923.58 - 482.465 en 2021 = 68'441.11 + 752.85 en 2022 = 69'193.96).

Dans la décision litigieuse, l'intimée a considéré que les circonstances du cas particulier commandaient d'appliquer un abattement de 5% sur le revenu d'invalidé.

Contrairement aux dires du recourant, l'éloignement du marché du travail ne constitue pas un facteur d'abattement au sens de la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_273/2019 du 18 juillet 2019 consid. 6.3 et la référence).

Au surplus, l'absence d'expérience et de formation ne joue pas de rôle sur les perspectives salariales lorsque le revenu d'invalidé est déterminé en référence au salaire statistique auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives de niveau de compétence 1, comme c'est le cas en l'espèce. En effet, ce niveau de compétence de l'ESS concerne une catégorie d'emplois ne nécessitant ni formation ni expérience professionnelle spécifique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_118/2021 du 21 décembre 2021 consid. 6.3.2).

La prise en compte d'un abattement en raison des années de service ne se justifie guère dans le cadre du niveau de compétences 1, l'influence de la durée de service sur le salaire étant peu importante dans cette catégorie d'emplois (arrêt du Tribunal fédéral 8C_280/2022 du 1^{er} mars 2023 consid. 7.2.4), d'autant moins que le recourant n'a travaillé que deux mois auprès de son dernier employeur avant son accident.

Le critère de la nationalité du recourant (frontalier français) ne justifie pas non plus d'abattement sur le salaire statistique, d'autant qu'il ne l'a pas empêché de trouver un emploi en Suisse et que les salaires statistiques sont établis en fonction de la population résidente aussi bien suisse qu'étrangère (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.640/00 du 16 avril 2002 consid. 4d/bb [résumé in : REAS 2002 p. 308]). C'est le lieu de rappeler qu'en vertu des dispositions de l'Annexe I à l'Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses États membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (Accord sur la libre circulation des personnes, ALCP ; RS 0.142.112.681), un ressortissant français a le droit d'exercer une activité économique en Suisse (art. 2 par. 1 annexe I ALCP) et ne peut être, en raison de sa nationalité, traité différemment des travailleurs suisses, notamment en matière

de rémunération (art. 9 par. 1 annexe I ALCP). Ainsi, le recourant ne subit pas un désavantage par rapport à un travailleur suisse du fait de sa nationalité française et de sa qualité de frontalier domicilié en France. Au demeurant, il n'allègue pas avoir été pénalisé par rapport à ses collègues de nationalité suisse lorsqu'il travaillait au service de son dernier employeur (arrêt du Tribunal fédéral 8C_610/2017 du 3 avril 2018 consid. 4.4).

Même dans l'hypothèse d'un abattement de 15%, comme le voudrait le recourant, pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles – seul critère pouvant justifier une réduction du salaire statistique en l'occurrence –, celui-ci n'a aucune incidence sur l'issue du litige. En effet, dans ce cas, le revenu d'invalidité s'élèverait à CHF 58'814.85 ($69'193.96 - 10'379.09$; $10'379.09 = 69'193.96 \times 15 / 100$), lequel est supérieur au revenu sans invalidité de CHF 58'755.40. Partant, le recourant ne subit aucune perte de gain. Aussi n'a-t-il pas le droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA).

14. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

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 :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente suppléante

Nathalie LOCHER

Maya CRAMER

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