

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/68/2016

ATAS/658/2016

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 23 août 2016**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à CAROUGE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Philippe GORLA

recourant

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine  
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), né en 1957, au bénéfice d'un diplôme de boulanger, est arrivé en 1981 en Suisse, où il a travaillé dans la construction, comme bagagiste aux chemins de fers fédéraux, dans la restauration, puis a tenu une épicerie avec son épouse pendant une dizaine d'années. Depuis avril 2000, il travaille en qualité d'ouvrier au service de la voirie de la Ville de Genève (ci-après l'employeur), et est à ce titre, assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Suva, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après la caisse).
2. Le 18 décembre 2011, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation. Alors qu'il se trouvait sur le trottoir à l'arrière d'un camion de la voirie, à l'arrêt, le véhicule d'un tiers l'a percuté, provoquant sa chute au sol (rapport de police du 13 janvier 2012).
3. L'accident a entraîné de multiples lésions traumatiques osseuses à la cheville et au pied gauches, incluant une fracture/impaction de la jonction diaphyso-métaphysaire tibiale antéro-interne, des fractures in situ du naviculaire et du péroné, une contusion du bord interne du calcaneum et des structures musculaires adjacentes (rapport du 6 janvier 2012 du docteur B\_\_\_\_\_, radiologue) ainsi qu'une incapacité de travail totale.
4. La caisse a pris en charge les suites du cas, soit le remboursement du traitement médical et le versement des indemnités journalières.
5. Par rapports des 30 janvier, 20 mars et 21 mai 2012, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a diagnostiqué un écrasement du pied et de la cheville gauches avec de multiples fractures. L'évolution était lentement favorable.
6. Par rapport du 4 juin 2012, le Dr B\_\_\_\_\_ a noté que l'imagerie à résonance magnétique (ci-après IRM) révélait la consolidation des différentes lésions osseuses et l'apparition de remaniements osseux accompagnés d'une synovite de la cheville et de l'articulation sous-talienne suggérant une composante d'algodystrophie secondaire.
7. Par rapport du 5 juillet 2012, le Dr C\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une algoneurodystrophie de la cheville. L'évolution était lentement favorable et la reprise à 50% était envisagée dans environ deux mois.
8. Dès le 5 septembre 2012, l'assuré a repris son activité à 50%.
9. Par rapports des 7 décembre 2012, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué notamment que l'IRM révélait des séquelles de fracture consolidée au niveau du tibia, ayant évolué vers une pseudarthrose au niveau du naviculaire, une probable ectasie veineuse et la disparition de la synovite compatible avec une algodystrophie.
10. Dès le 5 mars 2013, l'assuré a été en incapacité de travail totale.

11. Le 24 mars 2013, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il convenait que l'assuré ait une station debout-assis en alternance, et évite les chaussures de protection et les échelles.
12. Le 9 avril 2013, l'assuré a expliqué que son activité de balayeur s'effectuait en position debout, avec beaucoup de déplacements à pied sur de longues distances et de la manutention. Des pourparlers étaient en cours pour un changement de poste de travail.
13. Par rapport du 24 mai 2013, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH médecin praticien et médecin traitant, a diagnostiqué une pseudarthrose 2<sup>ème</sup> fracture complexe de la cheville gauche, un épisode neuroalgodystrophique et des séquelles neurogènes. L'assuré avait subi une rechute suite à la reprise de son poste.
14. Par rapports des 22 juillet, 23 août et 30 septembre 2013, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué que depuis le 24 juin 2013, l'assuré avait repris à 50% dans un travail plus léger (soit un plein temps avec un rendement réduit) chez son employeur. Le traitement consistait en la prise occasionnelle d'antalgiques.
15. Par rapport du 5 novembre 2013, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine nucléaire, a relevé notamment l'absence d'argument scintigraphique en faveur d'une pseudarthrose de l'os naviculaire gauche.
16. Par rapports des 11 et 15 novembre 2013, le Dr C\_\_\_\_\_ a fait état de la persistance de douleurs du tarse assez importante à la marche ou à la station debout prolongée. Aucun traitement n'était prescrit et il sollicitait l'avis du docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.
17. Par rapport du 12 décembre 2013, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a estimé que l'examen du membre inférieur gauche était normal. Il n'y avait pas d'argument pour une atteinte du nerf tibial ni pour une autre atteinte tronculaire.
18. Par rapport du 29 décembre 2013, le Dr E\_\_\_\_\_ a conclu à l'absence d'anomalie pouvant faire suspecter la présence d'une évolution pathologique des fractures tibiale et claviculaire gauches qui apparaissaient consolidées, sans anomalie significative, à l'absence d'anomalie pouvant faire suspecter la présence d'une autre lésion osseuse ou ostéo-articulaire évolutive du tarse gauche à l'origine de la symptomatologie. Il existait un os naviculaire accessoire de type 2, sans anomalie scintigraphique pouvant faire suspecter une traduction pathologique.
19. Par rapport du 4 février 2014, le Dr F\_\_\_\_\_ a indiqué que tous les examens étaient dans les limites de la norme et ne révélaient pas un problème particulier. Ceci corrélait bien avec l'examen clinique qui ne montrait pas de séquelles post-traumatiques. Sans douter de l'existence des douleurs, le médecin estimait se trouver un peu dans les limites des explications qu'il pouvait apporter à certaines situations post-traumatiques et il n'avait pas de recommandation à formuler.

20. Du 6 au 23 mai 2014, l'assuré a séjourné à la clinique romande de réadaptation (ci-après CRR). Par rapport du 2 juin 2014, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, a indiqué que l'accident avait entraîné une fracture-impaction du secteur antéro-interne de la jonction diaphyso-métaphysaire du tibia, une fracture du tiers interne de l'os naviculaire, une fracture in situ du péroné, une contusion du calcanéum et des contusions musculaires. L'assuré avait présenté un possible syndrome douloureux régional complexe de type 1 du pied gauche, anamnestique en 2012. Aucune psychopathologie n'était retenue.

Selon le Dr H\_\_\_\_\_, les plaintes et les limitations fonctionnelles pouvaient s'expliquer en partie par les lésions objectives initiales. Il y avait eu un écrasement du pied avec des lésions fracturaires in situ, un hématome important et dans l'anamnèse une algodystrophie avait été évoquée en juin 2012. Actuellement les fractures étaient consolidées et il n'y avait pas de lésions. Les douleurs devenues chroniques étaient au premier plan au niveau du pied avec un examen clinique peu contributif. Il rejoignait l'appréciation du Dr F\_\_\_\_\_.

La situation était stabilisée du point de vue médical. Il n'y avait pas d'autre proposition thérapeutique en dehors des antalgiques et du chaussage adapté. Les limitations retenues étaient la marche en terrain accidenté, la montée/descente d'échelles, la position debout statique prolongée et la marche prolongée. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité d'éboueur était défavorable. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était favorable. L'assuré avait déjà repris une activité à 100% qui était adaptée et qui respectait les limitations, avec un rendement réduit à 50%. Il convenait dans l'avenir d'envisager une augmentation progressive du rendement, car il semblait difficile de trouver une activité plus adaptée. A terme, une capacité complète devait être possible dans une telle activité.

21. Le 3 juillet 2014, Monsieur I\_\_\_\_\_, psychologue du travail, a transmis à la caisse l'avis de l'employeur quant à l'évolution du rendement de l'assuré dans sa fonction adaptée. Il en résultait notamment que l'assuré continuait à balayer comme n'importe quel autre collaborateur et qu'il se déplaçait le plus souvent possible avec un véhicule électrique. Son rendement était de l'ordre de 70% environ.

22. Le 7 août 2014, l'assuré a contesté certains points du rapport du Dr H\_\_\_\_\_.

23. Le 3 septembre 2014, Monsieur I\_\_\_\_\_ a indiqué que l'employeur avait fait son maximum pour aménager le poste de travail de l'assuré.

24. Le 13 novembre 2014, le Dr C\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un syndrome douloureux régional complexe. Jusqu'au 11 novembre 2014, l'assuré avait exercé une activité à plein temps avec un rendement de 50%. Depuis le 12 novembre 2014, l'assuré pouvait travailler cinq heures par jour avec un rendement de 80%. A la question de savoir si cette activité était adaptée à l'état du pied, le médecin a indiqué que selon l'assuré, elle était limite supportable. Enfin, on pouvait estimer l'atteinte à l'intégrité entre 10 et 20%.

25. Le 28 novembre 2014, l'employeur a indiqué que selon le Dr C\_\_\_\_\_, l'assuré devait travailler vingt-cinq heures par semaine, soit une incapacité de travail de 37.5%, avec un rendement de 80%. L'employeur a joint un cahier des charges établi le 30 novembre 2011.
26. Le 9 décembre 2014, l'employeur a indiqué que le salaire sans accident de l'assuré aurait été en 2014 de CHF 93'379.35.
27. Le 10 décembre 2014, la caisse a informé l'assuré qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident. Par conséquent, elle mettait fin au paiement de l'indemnité journalière avec effet au 31 décembre 2014. Toutefois, les antidouleurs à dose modérée à long terme, un examen médical une fois par an et des chaussures orthopédiques une fois tous les deux ans continuaient à être pris en charge. La caisse allait examiner le droit à une rente.
28. Par avis des 9 janvier et 4 février 2015, la Dresse J\_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré avait subi une fracture-impaction du secteur antéro-interne de la jonction diaphyso-métaphysaire du tibia gauche, une fracture du tiers interne de l'os naviculaire gauche, une fracture in situ du péroné, une contusion du calcaneum et des contusions musculaires. L'assuré avait développé un syndrome douloureux persistant. La radiographie du 13 juin 2013 et l'IRM du 24 février 2014 n'avaient pas montré de lésion séquellaire et il existait une discrète arthrose débutante de la métatarso-phalangienne de l'hallux gauche. L'assuré devait pouvoir bénéficier d'antalgiques dans la suite du traitement, ainsi que d'un chaussage adapté. La situation était stabilisée, il convenait de retenir les limitations fonctionnelles suivantes: éviter la marche en terrain accidenté, la montée et descente d'échelles, les positions statiques debout et la marche prolongées. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était totale, sans baisse de rendement. Enfin, l'assuré ne présentait pas un taux suffisant ouvrant droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après IPAI).
29. Par décision du 9 avril 2015, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI) a mis l'assuré au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2012, compte tenu d'une capacité de travail de 62.5% et d'une baisse de rendement de 20% dans son poste adapté auprès du même employeur.
30. Par décision du 12 mai 2015, la caisse a informé l'assuré qu'en raison des séquelles dues à l'accident du 18 décembre 2011, il avait droit à une rente d'invalidité de 33% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015. Par ailleurs, l'assuré n'avait pas droit à une IPAI dès lors que l'accident ne laissait pas de séquelles constituant une atteinte importante à l'intégrité.
31. Les 12 juin et 17 juillet 2015, l'assuré s'est opposé à la décision, contestant le degré d'invalidité et le refus de l'IPAI. En substance, il a expliqué que son employeur avait adapté son poste en tenant compte de ses limitations et de sa diminution de son rendement. Par conséquent, il se trouvait dans un poste exploitant déjà au

maximum sa capacité résiduelle de gain et il n'existait aucun motif pour s'écarter de cette situation de fait.

32. A la demande de l'assuré, le docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, par rapports des 25 juin et 16 juillet 2015, a diagnostiqué une ancienne fracture par impaction, antéro-interne du tibia gauche, une ancienne fracture in situ du péroné gauche, une ancienne fracture du scaphoïde tarsien gauche et un probable épisode algodystrophique. L'examen clinique montrait un déficit d'extension de la cheville gauche, un abaissement de la température du pied gauche et une amyotrophie modérée de la jambe gauche. Différents types d'horaires et d'activités avaient été essayés et actuellement, l'assuré travaillait à 50%. La perte d'intégrité pouvait être évaluée à 8.75%, étant précisé que l'apparition d'une arthrose était une hypothèse dont la matérialisation n'était actuellement pas prédictible dans le temps.
33. Par rapport du 4 novembre 2015, la Dresse J\_\_\_\_\_, suite à un examen clinique de l'assuré, a complété les diagnostics posés le 9 janvier 2015 par un possible syndrome douloureux régional complexe de type 1 du pied gauche, anamnestique. Elle a estimé que les troubles actuels se rapprochaient très fortement d'une perte d'intégrité de 5%. En tenant compte de l'évolution future pour le pied et la cheville gauches, le taux de 8.75% était médicalement justifié.
34. Par décision du 24 novembre 2015, la caisse a admis partiellement l'opposition, en reconnaissant un degré d'invalidité de 36% et l'octroi d'une IPAI fondée sur un taux de 8.75%.

La Dresse J\_\_\_\_\_ s'était prononcée en toute connaissance de cause en retenant les séquelles objectivables de l'accident, telles que mises en évidence par l'ensemble des examens médicaux spécialisés. La symptomatologie douloureuse avait bien été observée et mise en évidence, mais aucun examen médical n'avait permis d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que celle-ci reposerait sur des lésions structurelles traumatiques documentées par l'imagerie. Les conclusions de la Dresse J\_\_\_\_\_ étaient par conséquent probantes.

En exerçant une activité en grande partie inadaptée au handicap, avec un horaire réduit et un rendement de 80%, l'assuré ne mettait pas pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail totale dans une activité totalement adaptée à son handicap. Au vu de l'activité de substitution qu'il pourrait exercer selon le Dr H\_\_\_\_\_ et la Dresse J\_\_\_\_\_, le salaire avec invalidité en 2014 était de CHF 59'542.- (ESS 2012, TA1, domaine privé, niveau 1, pour 41.7 heures, indexé en 2014, et compte tenu d'un abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles en position debout, étant relevé que ni l'âge, ni les années de service ne pouvaient être pris en compte lorsque le salaire se fondait sur le niveau 1). La comparaison du revenu sans invalidité en 2014, soit CHF 93'379.-, non contesté par l'assuré, avec le revenu avec invalidité, entraînait un degré d'invalidité de 36%.

---

35. Par acte du 11 janvier 2016, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre la décision, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation en tant qu'elle retient un degré d'invalidité de 36% et à l'octroi d'une rente basée sur un degré d'invalidité de 50%, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise pour déterminer les limitations, l'exigibilité dans un poste adapté et l'adéquation du poste de travail actuel.

Le recourant a expliqué notamment que plus de trois ans après l'accident, des douleurs du pied et cheville gauches persistaient et les médecins ne parvenaient pas à un consensus sur l'origine de ces douleurs. Le Dr F\_\_\_\_\_ avait toutefois confirmé leur existence et elles avaient été objectivées par le Dr C\_\_\_\_\_.

Selon le recourant, le rapport du Dr H\_\_\_\_\_ était lacunaire et erroné. Aux limitations indiquées, il convenait d'ajouter la position assise prolongée, le besoin d'effectuer régulièrement une petite marche pour soulager ses douleurs et le port de charges très léger, comme cela résultait des ateliers professionnels de la CRR. La nécessité de pouvoir alterner la position assise-debout avait aussi été constatée par le Dr C\_\_\_\_\_. La proposition du Dr H\_\_\_\_\_ d'augmenter le rendement était incohérente puisqu'il n'indiquait pas quelles mesures pouvaient être prises pour parvenir à cette augmentation.

La Dresse J\_\_\_\_\_ - qui avait examiné le recourant sur la seule question de l'IPAI - s'en était totalement remise aux conclusions du Dr H\_\_\_\_\_, malgré son rapport incohérent et lacunaire.

Le salaire sans invalidité de CHF 93'379.- n'était pas contesté. Le degré d'invalidité retenu par l'intimée était erroné et il n'y avait pas de motif pour s'écarter de celui retenu par l'OAI, qui avait estimé qu'il exploitait pleinement sa capacité résiduelle de travail dans son activité adaptée. Le recourant contestait par ailleurs l'évaluation faite par son employeur en juillet 2014, notamment sur son rendement de 70%. Sa capacité de travail résiduelle était pleinement mise en valeur dans son activité. Il n'existait donc aucun motif de s'écarter de la situation concrète et de l'appréciation du Dr C\_\_\_\_\_ retenant une capacité de travail de 50% (un taux d'activité de 62.5% et un rendement de 80%), soit un salaire d'invalidé de CHF 46'689.50 ( $0.625 \times 0.8 \times 93'379$ ) et un degré d'invalidité de 50%.

Même s'il fallait se baser sur les ESS, il convenait de prendre en compte une baisse de rendement de 20%. Par ailleurs, l'abattement était d'au moins 20% en tenant compte de ses limitations fonctionnelles, de son âge, des années de service (près de 16 ans) et de son absence de formation. Enfin, vu l'exigibilité dans une activité légère, l'intimée aurait dû se fonder sur les activités de services uniquement. Il en résultait un degré d'invalidité de 59%.

A l'appui de ses griefs, le recourant a notamment produit un rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 5 novembre 2014 indiquant que le bilan IRM confirmait l'aspect normal des tendons tibial postérieur et fléchisseurs, la région douloureuse correspondait aux remaniements fibrocicatriciels bordant les séquelles traumatiques

tibiales, la fracture du naviculaire apparaissant consolidée. Il identifiait en bordure du champ de l'examen une arthrose métatarso-phalangienne sévère de l'hallux, d'aspect évolutif.

36. Le 24 février 2016, le recourant a produit une attestation de l'employeur du 14 décembre (recte: janvier) 2016 et un rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 22 février 2015 (recte: 2016). Selon le recourant, ces deux documents confirmaient que l'intimée s'était déterminée sur la base d'un état de fait erroné et incomplet.

Selon l'employeur, le recourant ne balayait plus du tout depuis son accident. Il était affecté à un poste adapté à sa condition physique, à savoir le nettoyage des parcs sur un secteur défini et se déplaçait avec un véhicule électrique. Il travaillait à 62.5%, avec un rendement de 80%. Cette situation convenait aux limitations physiques du recourant.

Selon le Dr C\_\_\_\_\_, les limitations étaient dues à un syndrome douloureux résiduel important, non objectivable à l'examen clinique. Le recourant ne devait pas porter de charges, il devait éviter la position accroupie, les escaliers de manière répétée, la marche sur terrain inégal, le changement fréquent de positions, les positions assise ou debout prolongées. Selon les dires du recourant, son poste était adapté à son état de santé et à ses limitations fonctionnelles. A la question de savoir si la capacité de travail du recourant était pleinement mise à contribution dans ce poste, le médecin a indiqué qu'il convenait de voir avec un spécialiste en médecine du travail.

37. Par réponse du 3 mars 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours. Même si la Dresse J\_\_\_\_\_ n'avait pas examiné personnellement le recourant, elle pouvait, sur la base de l'ensemble des documents médicaux figurant au dossier, se faire une image complète et exhaustive de son état de santé. Quant aux limitations observées lors des ateliers professionnels, elles n'avaient pas non plus été ignorées par le médecin-conseil, dès lors qu'elles correspondaient plus à l'appréciation subjective par le recourant de ses douleurs qu'aux séquelles objectives de l'accident. Il n'y avait donc pas de motifs susceptibles de remettre en cause la force probante des appréciations de la Dresse J\_\_\_\_\_.

Le Dr C\_\_\_\_\_ attestait certes l'incapacité de travail partielle de son patient à travailler. Il ne se prononçait toutefois pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée, mais bien dans l'emploi actuel auprès de son employeur. Il avait expressément indiqué que les limitations reconnues – soit celles qu'entraînent ses douleurs – ne reposaient sur aucun substrat organique (22 février 2016). A supposer qu'il existe une composante psychique dans l'existence des douleurs, celles-ci n'étaient toutefois pas en lien de causalité adéquate avec l'accident. En effet, même en qualifiant l'accident de gravité moyenne, le seul critère jurisprudentiel susceptible d'être réalisé en l'occurrence était la persistance des douleurs physiques.

---

En exerçant à temps partiel une activité légère avec un rendement de 80%, le recourant ne mettait pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle attestée par les médecins. Il ne se justifiait pas d'admettre un abattement supérieur à 10% puisque le recourant était capable de travailler à plein temps et sans perte de rendement. Installé en Suisse depuis de nombreuses années, il bénéficiait d'une situation particulièrement stable et son âge, au moment de la décision litigieuse, restait éloigné du seuil à partir duquel le Tribunal fédéral parlait d'âge avancé. Enfin, l'évaluation faite par l'OAI n'avait pas de force contraignante pour l'intimée.

38. Par réplique du 29 avril 2016, le recourant a relevé qu'il était chicanier de la part de l'intimée d'admettre l'existence d'une atteinte à l'intégrité, pour contester maintenant le lien de causalité entre l'algodystrophie et l'accident. Selon le recourant, l'intimée invoquait de manière erronée la jurisprudence sur les troubles psychiques, alors que celle relative à l'algodystrophie était applicable en l'occurrence. En effet, l'origine des douleurs avait été identifiée, soit un syndrome douloureux régional complexe, mais n'avait pas pu être objectivée. Les critères jurisprudentiels étaient remplis, étant relevé que si le diagnostic n'avait été évoqué que six mois après l'accident, cela s'expliquait par le fait que pour les praticiens, les douleurs provenaient des innombrables fractures. Enfin, si l'intimée persistait dans l'absence d'un lien de causalité entre l'accident et l'algodystrophie, alors le recourant sollicitait la mise en œuvre d'une expertise sur ce point.

Quoi qu'il en soit, les critères jurisprudentiels sur les troubles psychiques étaient également remplis, dès lors que l'accident devait être qualifié de gravité moyenne, à la limite des cas graves, qu'il présentait un caractère impressionnant, que le recourant souffrait de douleurs physiques persistantes, que la durée de son incapacité de travail et de son traitement avait été longue et que ses atteintes physiques étaient d'une gravité particulière. Par conséquent, le lien de causalité adéquat devait être admis.

Par ailleurs, il convenait de tenir compte des limitations fonctionnelles relevées lors du séjour à la CRR, car l'avis de la Dresse J\_\_\_\_\_, qui n'avait pas examiné le recourant sur la question des limitations fonctionnelles, n'était nullement motivé.

Par ailleurs, le Dr C\_\_\_\_\_ et la doctoresse L\_\_\_\_\_, dont leur rapport était versé à la procédure, avaient confirmé les limitations ignorées par l'intimée et l'incapacité de travail à 50%. L'avis de l'intimée sur les limitations, non motivé et incohérent, devait céder le pas face à l'avis des Drs C\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_, qui avaient examiné le recourant précisément sous l'angle des limitations physiques et de sa capacité résiduelle de travail dans le poste actuel.

Enfin, s'agissant du salaire avec invalidité, il convenait de se baser sur les ESS concernant les services dans le secteur privé, puisque le recourant avait travaillé dans ce domaine pendant de nombreuses années et qu'une autre activité dans un autre domaine n'entraînait pas en ligne de compte. Le salaire ESS dans l'activité de nettoyage, secteur privé et public confondu, pouvait également être retenu.

A l'appui de ses arguments, le recourant a produit notamment:

- un rapport du 14 mars 2016 du Dr C\_\_\_\_\_ faisant état d'un syndrome douloureux entraînant une incapacité de travail à 50%, les limitations étaient la station debout ou assise prolongée, la marche sur terrain inégal, et éviter les échelles et les échafaudages. 5 heures par jour avec un rendement de 80% était le maximum exigible selon le médecin ;
- un rapport du 18 avril 2016 de la Dresse L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin conseil de l'employeur, indiquant que l'incapacité à 50% était justifiée, que la poursuite de la fonction d'engagement était possible, en tenant compte des limitations par rapport avec l'activité (éviter la station debout ou assise prolongée, pas de marche sur terrain inégal, pas de port de chaussure rigide lourde);
- un rapport du 26 avril 2016 de la Dresse L\_\_\_\_\_ attestant que la capacité de travail à 50% était adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant et que sa capacité résiduelle de travail était pleinement mise à contribution.

39. Le 13 mai 2016, l'intimée a relevé qu'aucun médecin n'avait retenu l'algodystrophie au degré de la vraisemblance prépondérante. Quoi qu'il en soit, plus de cinq mois s'étaient écoulés entre l'accident et la première évocation. Par ailleurs, contrairement à ce qu'invoquait le recourant, il n'y avait pas eu de circonstances particulièrement impressionnantes, ni de lésions de nature particulière. En outre, les critères de la persistance des douleurs, de la durée du traitement ainsi que celui du degré et de la durée de l'incapacité de travail n'étaient pas non plus réalisés. Enfin, il était manifeste que dans une activité simple et répétitive au sens du TA1 ESS 2012, tous secteurs confondus, le recourant réaliserait un revenu supérieur à celui qui était le sien. Du reste, l'intimée ne voyait pas quelles circonstances l'empêcheraient d'exercer une telle activité, soit-elle dans le secteur de la production.
40. Après avoir adressé une copie de cette écriture au recourant, la chambre de céans a gardé la cause à juger.

### **EN DROIT**

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) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, 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.

2. A 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.

---

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais entre le 18 décembre 2015 et le 2 janvier 2016 inclus, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant, et plus particulièrement sur sa capacité de travail résiduelle et sur le montant du salaire avec invalidité.
5. 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 129 V 402 consid. 2.1; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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

6. a. 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 exigence est remplie 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. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

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, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 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.

b. Les notions de syndrome douloureux régional complexe (CRPS - Complex regional pain syndrome en anglais), algodystrophie ou maladie de Suedeck désignent, 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, qui s'accompagnent 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, par exemple, un infarctus. La discordance entre le traumatisme à l'origine, qui peut en réalité 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; et c) et une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, 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).

c. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent

habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 291 consid. 3a). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références).

Dans la pratique, ont notamment été jugés comme étant de gravité moyenne, les accidents de la circulation suivants : l'accident au cours duquel une assurée a été heurtée frontalement sur un passage piéton par un véhicule roulant à environ 40-50 km/h (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_546/2013 du 24 septembre 2013), ou un piéton renversé par une voiture avec traumatisme crânien, perte de connaissance et hospitalisation pendant 18 jours (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.128/03 du 24 avril 2003), ou le cas d'une assurée qui traversait à vélo, à une vitesse réduite, un passage sécurisé par des feux lorsqu'elle a été heurtée latéralement par un scooter qui n'avait pas respecté la signalisation lumineuse, roulait à vitesse modérée mais n'avait pas freiné, projetant la victime à une distance de plus de 9 mètres (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_816/2012 du 4 septembre 2013).

Ont été considérés comme des accidents moyens à la limite des accidents graves la violente collision d'un poids-lourd avec la voiture d'un assuré, qui se trouvait à l'arrêt et a été entraînée en avant sur plusieurs dizaines de mètres (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.190/04 du 22 juin 2005 consid. 5.1), la violente collision de front d'une voiture par une voiture venant en sens inverse, entraînant plusieurs fractures chez la passagère (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.412/05 du 20 septembre 2006 consid. 5.2.1), l'accident entraînant l'éjection à grande vitesse de l'assurée d'une voiture qui fait plusieurs tonneaux sur la voie opposée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.502/06 du 23 avril 2007 consid. 3.2.2); la violente collision par la droite d'une voiture avec un vélo, lors de laquelle le cycliste et son vélo ont été projetés à 15 mètres, respectivement à 30 mètres, du point d'impact (ATAS/732/2015 du 29 septembre 2015) ou la collision d'une voiture avec un vélo, lors de laquelle la cycliste avait été projetée en l'air et était lourdement retombée sur la chaussée à 22 mètres du lieu de l'impact (ATAS/850/2015 du 11 novembre 2015).

Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa):

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical;
- les douleurs physiques persistantes;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb).

7. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A 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; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

8. 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).

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).

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 (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre

---

un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

9. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).
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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 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 126 V 319 consid. 5a).
11. Enfin, l'ancien Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3).
12. a. Dans le cadre de ses écritures, le recourant fait valoir qu'il souffre d'une algodystrophie (ou syndrome douloureux régional complexe) en lien de causalité avec l'accident, ce que conteste l'intimée.

La chambre de céans relèvera que la décision litigieuse ne porte pas sur la question du lien de causalité entre cette atteinte et l'accident assuré.

b. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet du litige, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet

---

initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503 ; ATF 122 V 36 consid. 2a et les références). Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes: la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1). L'extension de l'objet de la contestation ne peut pas conduire à inclure dans le litige une question qui a déjà été jugée par une décision entrée en force et à remettre celle-ci en cause, au-delà d'un examen sous l'angle des conditions de la reconsidération ou de la révision procédurale (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.3).

c. En l'occurrence, dans la mesure où l'examen de la question du lien de causalité entre l'algodystrophie et l'accident est nécessaire pour déterminer le degré d'invalidité du recourant, que ce point litigieux est en état d'être jugé et que les parties se sont prononcées à son sujet, la chambre de céans est d'avis qu'il y a lieu d'étendre la procédure à cette question.

La chambre de céans constate que si le diagnostic d'algoneurodystrophie a certes été posé par le Dr C\_\_\_\_\_ le 5 juillet 2012, on relèvera toutefois que le 7 décembre 2012 déjà, le Dr B\_\_\_\_\_ indiquait que l'IRM révélait la disparition de la synovite compatible avec cette algodystrophie. Par la suite, les spécialistes ont d'ailleurs fait référence soit à un probable épisode algodystrophique (rapport du Dr K\_\_\_\_\_ du 25 juin 2015), soit à un possible syndrome douloureux régional complexe anamnestique en 2012 (rapport du Dr H\_\_\_\_\_ du 2 juin 2014, rapport de la Dresse J\_\_\_\_\_ du 4 novembre 2015). En outre, lorsque le Dr C\_\_\_\_\_ a soumis le cas du recourant au Dr F\_\_\_\_\_ pour un 2<sup>ème</sup> avis en raison des importantes douleurs qui persistaient, le Dr C\_\_\_\_\_ n'a nullement fait état de l'existence d'une algodystrophie ou d'un syndrome douloureux régional complexe (rapport du 15 novembre 2013). Quant au Dr F\_\_\_\_\_, ses examens complémentaires n'ont pas permis de mettre en évidence un tel diagnostic (rapport du 4 février 2014), tout comme le Dr H\_\_\_\_\_ (rapport du 2 juin 2014). Enfin, si le 13 novembre 2014, le Dr C\_\_\_\_\_ a certes, à nouveau fait état de l'atteinte litigieuse, il n'a toutefois pas motivé ce diagnostic. De surcroît, les 22 février et 14 mars 2016, ce médecin ne s'est plus référé à cette atteinte, mais uniquement à un syndrome douloureux, précisant qu'il n'était pas objectivable à l'examen clinique.

Quoi qu'il en soit, le lien de causalité naturelle entre cette atteinte et l'accident assuré ne saurait être admis, dès lors que l'algodystrophie a été évoquée pour la première fois le 4 juin 2012, soit près de six mois après l'accident. Or, la

jurisprudence en la matière exige un maximum de huit semaines entre l'apparition de l'atteinte et l'accident.

Compte tenu de ce qui précède, on ne saurait retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant présentait encore une algodystrophie ou un syndrome douloureux régional complexe à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015, soit au moment du début du droit à la rente d'invalidité.

d. Par ailleurs, la question de savoir si le syndrome douloureux non objectivable dont souffre le recourant est en lien de causalité naturelle avec l'accident peut rester ouverte, dans la mesure où le lien de causalité adéquate n'est, quoi qu'il en soit, pas rempli.

S'agissant de la gravité de l'accident, l'intimée a considéré que l'accident pouvait être qualifié de gravité moyenne, alors que le recourant estime qu'il s'agit d'un accident de gravité moyenne à la limite des cas graves.

En l'espèce, sur le vu des critères objectifs, l'accident de circulation du 18 décembre 2011 doit être classé dans les accidents de gravité moyenne. En effet, force est de constater que le déroulement de l'événement en cause - une collision entre une voiture et le recourant qui se trouvait sur le marchepied du camion de la voirie à l'arrêt - et l'intensité des atteintes qu'il a générées - des fractures à la cheville et au pied gauches - ne sont pas tels qu'il faille admettre l'existence d'un accident grave.

Par ailleurs, au vu des pièces du dossier, et contrairement à ce qu'allègue le recourant, les circonstances de l'accident ne sauraient être qualifiées de dramatiques ou de particulièrement impressionnantes : le rapport de police établi à la suite de la collision ne renferme aucun élément dont on pourrait déduire le contraire. On ajoutera que le caractère particulièrement impressionnant de l'accident n'est pas réalisé même si la voiture du conducteur fautif est venue écraser le pied du recourant contre le camion de la voirie, étant rappelé que ce critère a été admis dans des cas d'accident de la route tel un important carambolage sur l'autoroute ou une importante embardée d'un véhicule effectuant plusieurs tonneaux avec un passager projeté à l'extérieur (arrêt du Tribunal fédéral du 26 mars 2010 8C\_817/2009). En outre, si le recourant a certes souffert de nombreuses fractures, elles n'étaient toutefois ni graves, ni particulières, ni menaçantes pour sa vie. Il n'apparaît pas non plus que le recourant ait été victime d'erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident. Qui plus est, le critère relatif à l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible n'est pas réalisé, puisqu'il a consisté uniquement en du repos, des séances de physiothérapie, le port d'une chaussure de sécurité et la prise d'antalgiques. La durée de l'incapacité de travail, en raison des troubles physiques, n'a pas été considérablement longue, puisque le recourant a pu reprendre son activité lucrative à temps partiel dès le 5 septembre 2012, soit neuf mois après l'accident, jusqu'au 4 mars 2013, et à compter du 24 juin 2013 à 50% dans une activité plus légère. Enfin, s'agissant du critère des douleurs physiques persistantes, il y a lieu de rappeler que des douleurs,

certes impressionnantes sur le plan physique, mais qui ne sont cependant pas suffisamment explicables du point de vue organique n'entrent pas en considération lors de l'examen des critères de gravité (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_825/2008 consid. 4.6). Or, dans le cas du recourant, force est de constater que les douleurs persistantes ne sont pas explicables organiquement (notamment rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 15 novembre 2013 et rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 4 février 2014). Dans de telles circonstances, on ne peut parler de douleurs physiques persistantes liées à l'accident. Ce critère n'est par conséquent pas réalisé.

Force est donc de constater que l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et le syndrome douloureux persistant doit être niée.

13. a. Dans sa décision litigieuse, l'intimée a retenu, en se fondant sur l'appréciation de la Dresse J\_\_\_\_\_ et du Dr H\_\_\_\_\_ de la CRR, qu'en raison de ses atteintes, le recourant a une capacité de travail totale dans une activité adaptée, sans baisse de rendement dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015, ce que le recourant conteste en se référant aux avis des Drs C\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_.

b. Par rapport du 2 juin 2014, le Dr H\_\_\_\_\_ a estimé que l'accident avait entraîné une fracture-impaction du secteur antéro-interne de la jonction diaphyso-métaphysaire du tibia, une fracture du tiers interne de l'os naviculaire, une fracture in situ du péroné, une contusion du calcaneum et des contusions musculaires. Le recourant avait présenté un possible syndrome douloureux régional complexe de type 1 du pied gauche, anamnestique en 2012. Les limitations retenues étaient la marche en terrain accidenté, la montée/descente d'échelles, la position debout statique prolongée et la marche prolongée. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité d'éboueur était défavorable. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était favorable. Le recourant avait déjà repris une activité à 100% qui était adaptée et qui respectait les limitations, avec un rendement réduit à 50%. Il convenait dans l'avenir d'envisager une augmentation progressive du rendement car il semblait difficile de trouver une activité plus adaptée. A terme, une capacité complète devait être possible dans une telle activité.

La chambre de céans constate que le rapport du Dr H\_\_\_\_\_ repose sur un examen du recourant et l'étude de son dossier médical. L'anamnèse est détaillée et les plaintes du recourant ont été prises en considération. Le rapport est en outre clair et circonstancié, expliquant notamment l'évolution de l'état de santé du recourant. Ses conclusions sont ainsi dûment motivées et convaincantes.

Par rapports des 9 janvier, 4 février et 4 novembre 2015, la Dresse J\_\_\_\_\_ a diagnostiqué les mêmes atteintes et énoncé les mêmes limitations fonctionnelles que celles mentionnées par le Dr H\_\_\_\_\_. Dans une activité adaptée, la capacité de travail du recourant était totale, sans baisse de rendement.

Si les rapports des 9 janvier et 4 février 2015 de la Dresse J\_\_\_\_\_ ne s'appuient pas sur l'examen du recourant, il n'en demeure pas moins que ce médecin s'est

fondé sur un dossier qui contenait suffisamment d'appréciations médicales basées sur un examen personnel du recourant. Par ailleurs, ses rapports sont clairs et circonstanciés et ses conclusions sont convaincantes.

Reste à examiner si les pièces versées au dossier permettent de mettre en doute les conclusions de deux médecins précités.

c. S'agissant des limitations fonctionnelles, le recourant fait valoir que le Dr H\_\_\_\_\_ et la Dresse J\_\_\_\_\_ ont omis de prendre en compte la position assise prolongée, le besoin d'effectuer régulièrement une petite marche et le port de charges très légères constatés lors de son séjour à la CRR. Par ailleurs, la nécessité de pouvoir alterner la position assise-debout avait aussi été relevée par les Drs C\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_.

La chambre de céans relèvera que si le service de réadaptation professionnelle de la CRR a certes noté que le recourant ne restait pas au-delà de 20 minutes dans la même position (debout ou assise), qu'il avait régulièrement besoin de faire une petite marche pour soulager sa cheville et son pied gauches, et qu'il portait des charges de moins de 5 kg (page 2 du rapport du 8 mai 2014), force est toutefois de constater qu'il s'agit uniquement d'un descriptif du comportement que le recourant a eu pendant les ateliers professionnels, et en aucun cas de limitations que ce service aurait recommandées. Quoi qu'il en soit, on rappellera qu'il appartient au médecin, et non au conseiller en réadaptation, 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; ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). Enfin, on rappellera que les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations 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\_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4).

Par ailleurs, on relèvera que si le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué la nécessité de pouvoir alterner la position assise-debout le 24 mars 2013, son rapport du 11 novembre 2013 fait uniquement état de douleurs à la marche ou en station debout prolongée. Par ailleurs, ses appréciations des 22 février et 14 mars 2016 ainsi que celles de la Dresse L\_\_\_\_\_ du 18 avril 2016, succinctes et peu motivées, établies postérieurement à la décision litigieuse, ne sauraient suffire pour mettre en doute les conclusions des Drs H\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ quant aux limitations fonctionnelles du recourant.

d. S'agissant de sa capacité de travail résiduelle, le recourant fait valoir qu'elle est de 62,5%, avec une baisse de rendement de 20%, ce qui correspond à une incapacité de 50%. Le recourant fait également valoir que son activité exercée chez

son employeur est pleinement adaptée à son état de santé, de sorte que l'incapacité de travail et la baisse de rendement attestées par le Dr C\_\_\_\_\_ devraient être prises en compte.

Si les Drs C\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ sont certes d'avis que le recourant présente un tel degré de capacité de travail, force est de constater que leur appréciation ne vaut que pour l'activité que le recourant exerce chez son employeur depuis le 24 juin 2013 (rapports du Dr C\_\_\_\_\_ des 13 novembre 2014 et 14 mars 2016, rapports de la Dresse L\_\_\_\_\_ des 18 et 26 avril 2016). Par ailleurs, interrogé sur la point de savoir si l'activité exercée était adaptée à l'état du pied du recourant, le Dr C\_\_\_\_\_ a d'abord rapporté que selon son patient, l'activité était limite supportable (rapport du 13 novembre 2014). Au demeurant, la chambre de céans relèvera qu'à la question de savoir si le recourant mettait pleinement à contribution sa capacité de travail en exerçant son activité chez son employeur, le Dr C\_\_\_\_\_ n'a pas répondu, renvoyant à l'avis d'un spécialiste en médecine du travail (rapport du 22 février 2015).

Par conséquent, force est de constater qu'aucune pièce versée au dossier n'est propre à mettre en doute la fiabilité des conclusions du Dr H\_\_\_\_\_ et de la Dresse J\_\_\_\_\_ concluant à une pleine capacité de travail sans baisse de rendement dans une activité adaptée.

Partant, la question de savoir si l'activité exercée par le recourant est adaptée peut, en l'état, rester ouverte. En effet, même dans l'hypothèse où le travail en tant que tel correspondrait aux limitations fonctionnelles du recourant, celui-ci n'y exploite pourtant pas pleinement sa capacité de travail résiduelle dans la mesure que l'on peut attendre de lui.

Il y a donc lieu de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant présente une capacité de travail entière, sans baisse de rendement, dans une activité évitant la marche en terrain accidenté, la montée et descente d'échelles, les positions statiques debout prolongées et la marche prolongée.

Etant donné que les pièces versées au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur le présent litige, la mise en œuvre d'une expertise s'avère superflue par appréciation anticipée des preuves. Aussi la conclusion subsidiaire du recourant est-elle rejetée.

14. Reste à déterminer le degré d'invalidité du recourant.
15. a. Selon l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Aux termes de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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. 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. 16 LPGA).

L'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.15/06 du 21 décembre 2006 consid. 2.2). La notion d'invalidité définie à l'art. 8 LPGA, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2d ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.853/05 du 28 décembre 2006 consid. 4.1.1).

b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_543/2008 du 4 mars 2009 consid. 7). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Lorsqu'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on prendra en compte le revenu qu'il obtenait dans le poste occupé jusqu'alors (RAMA 2006 n° U 568 p. 66, consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 5.5).

c. S'agissant du revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). 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 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le

bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son 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 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

A titre d'exemples, dans le cas d'un assuré de 57 ans, longtemps absent du marché du travail, disposant d'une capacité de travail complète avec une diminution de rendement de 20 %, dont les limitations fonctionnelles consistaient en mesures classiques d'épargne de la colonne vertébrale, le Tribunal fédéral a confirmé un abattement de 15 % (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_713/2009 du 22 juillet 2010 consid. 4.3). Il a également considéré que l'abattement maximal que l'on pouvait admettre pour un assuré âgé de 62 ans, présentant des séquelles accidentelles aux membres inférieurs mais capable de travailler à plein temps, était de 15 % (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.329/02 du 2 septembre 2003 consid. 4.3).

d. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). 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 et ATF 128 V 174).

16. En l'occurrence, le droit à la rente d'invalidité a pris naissance le 1er janvier 2015, de sorte que la comparaison des salaires doit se faire au regard de cette année-là.

S'agissant du revenu sans invalidité, il n'est pas contesté par les parties que le recourant aurait gagné CHF 93'379.- en 2014. Il y a toutefois lieu d'adapter ce montant selon l'indice suisse des salaires nominaux pour les hommes (ISS : 2220 en 2014 et 2226 en 2015), de sorte que ce revenu se serait élevé à CHF 93'631.- en 2015 ( $93'379.- \times 2226 / 2220$ ).

S'agissant du salaire avec invalidité, dans la mesure où le recourant n'exerce pas une activité lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, c'est à juste titre que l'intimée s'est basée sur les ESS.

Compte tenu de l'activité de substitution raisonnablement exigible de la part du recourant dans un emploi adapté à son état de santé, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives

(niveau de qualification 1) dans le secteur privé et public dès lors que le recourant a exercé sa dernière activité dans le secteur public (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_409/2014 du 7 novembre 2014 consid. 8.2.1), à savoir CHF 64'380.- (CHF 5'365.- x 12 ; ESS 2014, T1\_tirage\_skill\_level, total). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit d'une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2015 (41.7 heures ; Office fédéral de la statistique – statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, DNT), ce montant doit être porté à CHF 67'116.- (64'380 x 41.7 : 40) puis à CHF 67'297.- une fois indexé à 2015 selon l'évolution des salaires en termes nominaux (soit 67'116 x 2226 /2220).

L'intimé a admis un abattement de 10% sur le salaire statistique pour tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant.

Cela étant, la chambre de céans constate qu'en 2015, année de l'ouverture du droit à la rente, le recourant était âgé de 58 ans. Certes, cet âge est en soi relativement éloigné du seuil à partir duquel la jurisprudence considère qu'une méthode d'évaluation plus concrète est nécessaire (sur la limite d'âge, cf. p. ex. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_486/2013 du 2 décembre 2013 consid. 3.2.2 non publié dans l'ATF 139 V 600). Cela constitue toutefois l'un des critères à prendre en considération lors de la détermination de l'abattement, et ce même lorsque l'assuré peut exercer des activités simples et répétitives (niveau 1 ou anciennement niveau 4), contrairement à ce qu'invoque l'intimée (voir notamment l'arrêt récent du Tribunal fédéral 8C\_311/2015 du 22 janvier 2016 consid. 4.5). En outre, on relèvera que si le recourant a certes travaillé pendant 15 ans auprès de son employeur, il n'en demeure pas moins que les différentes activités exercées avant son accident (dans la construction, bagagiste, dans la restauration et la tenue d'une épicerie) démontrent un potentiel certain d'adaptation de sa part.

Au vu du critère de l'âge du recourant, auquel s'ajoute celui retenu par l'intimé, la chambre de céans est d'avis qu'un abattement de 15% apparaît plus approprié.

S'agissant de l'absence de formation invoquée par le recourant, il faut rappeler que ni l'assurance-accidents, ni l'assurance militaire ou l'assurance-invalidité n'ont à répondre d'une diminution de la capacité de gain due essentiellement à d'autres facteurs qu'à une atteinte à la santé, tels que le manque de formation professionnelle ou des difficultés d'ordre linguistique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.388/01 du 2 décembre 2002 consid. 2.2). Quoi qu'il en soit, vu le large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général et le marché du travail équilibré en particulier, on constate qu'un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, sont adaptées aux problèmes physiques du recourant.

Le recourant fait encore valoir qu'il y a lieu de se baser uniquement sur le salaire moyen ressortant du secteur des services (secteur 3).

Les arguments soulevés par le recourant portent en réalité sur la détermination de l'activité que l'on peut encore raisonnablement exiger de lui compte tenu de son état physique.

Dans le cas d'espèce, les limitations fonctionnelles mises en évidence dans les rapports des Drs H\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ n'apparaissent pas incompatibles avec les exigences d'une activité issue de la production. Le fait que le recourant ait préalablement travaillé dans le secteur tertiaire, ne signifie pas que seules les activités ressortant de ce secteur seraient adaptées. Par conséquent, il y a lieu de se fonder sur le salaire statistique de tout le secteur privé et public (secteurs 2 et 3), puisque les branches de la production et des services réunies recouvrent une plus large palette d'activités que la seule branche des services, permettant ainsi au recourant d'élargir ses possibilités de réinsertion sur l'ensemble du marché du travail suisse comme le lui incombe son obligation de diminuer le dommage.

Ainsi, le revenu annuel brut avec invalidité, compte tenu d'un abattement de 15%, peut être fixé à CHF 57'202.- (67'297 – 10'095).

En comparant le revenu sans invalidité (CHF 93'631.-) au revenu avec invalidité en 2015 (CHF 57'202.-), il en résulte un degré d'invalidité de 38.9% ( $93'631 - 57'202 / 93'631 \times 100$ ), qui sera arrondi au chiffre supérieur (ATF 130 V 121 consid. 3.2), soit 39%.

17. Le recourant a ainsi droit à une rente d'invalidité de 39% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015.
18. Eu égard à ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision litigieuse sera annulée en tant qu'elle retient un degré d'invalidité de 36% et confirmée pour le surplus.
19. Représenté par un mandataire, le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).
20. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimée du 24 novembre 2015 en tant qu'elle fixe le degré d'invalidité à 36%.
4. La confirme pour le surplus.
5. Dit que le recourant a droit à une rente d'invalidité de 39% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015.
6. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
7. Dit que la procédure est gratuite.
8. 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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