



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3944/2023

ATAS/598/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 5 août 2024

Chambre 6

En la cause

A _____
représenté par Me Gazmend ELMAZI, avocat

recourant

contre

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

intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Christine WEBER-FUX et Yda ARCE,
juges assesseures.**

EN FAIT

- A.** **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1981, sans formation certifiée, a travaillé en tant que berger et paysagiste au Kosovo. Sans permis de séjour depuis son arrivée en Suisse en 2006, l'assuré a travaillé en dernier lieu dans le cadre d'un contrat de travail de durée déterminée courant du 2 novembre au 31 décembre 2020. Il était alors employé à plein temps par Monsieur B_____ (ci-après : l'employeur) en tant que manœuvre (monteur de clôtures) et était assuré, à ce titre, auprès de la SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : l'assureur ou l'intimée) pour les accidents professionnels et non professionnels. Selon le registre du commerce, l'employeur exploite une entreprise individuelle sous la raison sociale « C_____ », ayant pour but les « parcs et jardins, travaux de clôtures ».
- b.** Selon une déclaration de sinistre datée du 8 décembre 2020, l'assuré a été victime d'un accident le 25 novembre 2020. Alors qu'il travaillait sur un parking de l'aéroport de Genève-Cointrin, il a effectué une « chute dans talus [suivie d'un] arrêt sur caillou en contrebas », ayant entraîné une fracture de l'avant-bras gauche.
- B.** **a.** Le 27 novembre 2020, la docteure D_____, médecin interne auprès du service de chirurgie orthopédique des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a délivré un certificat à l'assuré, attestant une incapacité de travail totale depuis le jour de l'accident.
- b.** Le 11 décembre 2020, l'assureur a informé l'employeur et l'assuré qu'il prenait en charge les suites de l'événement du 25 novembre 2020.
- c.** Dans un rapport du 9 décembre 2020, intitulé « lettre de sortie », les médecins du service de chirurgie orthopédique des HUG ont indiqué que l'assuré, en bonne santé habituelle, présentait une fracture ouverte diaphysaire du radius et de l'ulna de l'avant-bras gauche suite à une chute d'une hauteur d'1m80 avec réception sur ce membre. Il avait bénéficié, le 26 novembre 2020, d'une intervention ayant consisté en une ostéosynthèse de la diaphyse du radius et de l'ulna via la pose d'une plaque de compression de type « LCP » (*Locking Compression Plate*). Compte tenu de la bonne évolution clinique, l'assuré avait pu rentrer à domicile le 28 novembre 2020, équipé d'une écharpe d'immobilisation à porter durant un mois. La fin de l'arrêt de travail était prévue le 27 décembre 2020.
- d.** Le 17 mai 2021, le docteur E_____, médecin interne auprès du service de chirurgie orthopédique des HUG, a fait état d'une persistance de douleurs au poignet gauche et d'une laxité de l'articulation radio-ulnaire distale gauche. Le traitement actuel était antalgique, complété par de la physiothérapie.
- e.** Dans un rapport du 26 mai 2021, les docteurs F_____ et G_____, respectivement cheffe de clinique et médecin interne au département diagnostique

des HUG, ont expliqué qu'une arthro-IRM, effectuée le même jour, révélait un clivage intra-discal et une rupture de l'attache styloïdienne du TFCC (complexe fibro-cartilagineux triangulaire) ainsi qu'une rupture de la partie du ligament scapho-lunaire.

f. Dans un rapport du 19 juillet 2021, le docteur H_____, médecin chef de clinique auprès du service de chirurgie orthopédique des HUG, a mentionné que ses « confrères de la chirurgie de la main » retenaient une indication opératoire au niveau du TFCC une fois que la consolidation du radius – qui n'était que de 50 % selon un scanner du 16 juin 2021 – serait complète. Il préconisait donc d'attendre et d'effectuer un nouveau bilan par scanner à un an de l'opération afin de vérifier la consolidation osseuse. En cas de consolidation complète, une intervention chirurgicale au niveau du poignet gauche pourrait être effectuée. Dans l'intervalle, ce médecin recommandait la poursuite de la physiothérapie dans la perspective d'un regain de mobilité et d'un renforcement de la musculature.

g. Le 11 juillet 2022, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).

h. Le 31 août 2022, l'assureur a reçu un compte rendu opératoire du 14 avril 2022 de la docteure I_____, médecin adjointe auprès du service de chirurgie orthopédique des HUG. Le 8 avril 2022, l'assuré avait bénéficié d'une intervention consistant, à l'avant-bras gauche, en une greffe cortico-spongieuse de la diaphyse radiale moyenne gauche et en une réinsertion du TFCC sous arthroscopie du poignet gauche.

i. Le 9 septembre 2022, les docteurs J_____ et K_____, radiologues auprès du département diagnostique des HUG, ont expliqué avoir procédé, le jour-même, à un scanner de l'avant-bras qui permettait de conclure que la consolidation de la fracture radiale et ulnaire était désormais acquise.

j. À l'initiative de l'assureur, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 30 novembre au 28 décembre 2022. Dans un rapport du 13 janvier 2023, le docteur L_____, chef de clinique adjoint de cet établissement, a indiqué qu'à huit mois de l'intervention du 8 avril 2022, l'évolution n'avait été que partiellement favorable avec une persistance des douleurs et une impotence fonctionnelle qui avait empêché une reprise du travail. C'était dans ce contexte que l'assuré avait été adressé à la CRR en vue d'une rééducation intensive et d'une évaluation multidisciplinaire. À l'issue de ce programme, il apparaissait que le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de monteur de clôtures était en théorie défavorable, cette activité impliquant des mouvements répétés au-dessus du plan des épaules et le port de charges lourdes. La situation n'était cependant pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. En l'état, les limitations fonctionnelles provisoires suivantes empêchaient :

- le port prolongé ou répétitif de charges de plus de 10 à 15 kg ;
- le maintien prolongé ainsi que les mouvements répétés du membre supérieur gauche au-dessus du plan de l'épaule ;
- les mouvements répétés de la main, du poignet et du coude gauches.

La stabilisation interviendrait dans un délai qui dépendrait à la fois d'un avis orthopédique futur – prévu le 30 janvier 2023 – et de l'éventualité d'une nouvelle intervention. Si cette dernière s'avérait contre-indiquée, on pourrait s'attendre à une stabilisation dans un délai de trois mois.

k. Dans un rapport du 1^{er} février 2023, faisant suite à une consultation donnée le 30 janvier 2023, le docteur M_____, médecin chef de clinique auprès du service de chirurgie orthopédique des HUG, a indiqué que l'assureur attendait une détermination de sa part concernant une possible AMO (ablation du matériel d'ostéosynthèse). Selon ce médecin, une telle intervention était prématurée et « si possible non conseillée ». Il convenait de poursuivre la physiothérapie.

l. Le 17 mars 2023, l'assuré a été examiné par le docteur N_____, médecin d'assurance de l'assureur, qui a posé les diagnostics suivants dans un rapport du 21 mars 2023 :

- fracture ouverte Gustillo I radius ulna, consolidée ;
- atteinte du TFCC, chirurgicalement réparée.

Dans l'appréciation du cas, le Dr N_____ a indiqué qu'une ablation du matériel d'ostéosynthèse ne contribuerait pas à une diminution des douleurs et risquerait même d'être iatrogène (18 % de complications selon les statistiques en matière d'ablation de la plaque radiale). Par ailleurs, cette plaque radiale n'était pas perçue comme douloureuse par l'assuré. Quant à la plaque cubitale, elle était absolument calme sous la peau et sa présence en tant que telle non ressentie. Il convenait ainsi de rejoindre les observations de la CRR, en ce sens que le cas serait stabilisé au 30 avril 2023. Compte tenu de la perte de force d'utilisation du membre supérieur gauche chez ce droitier, le métier antérieurement exercé n'était plus exigible mais l'exercice d'une autre activité exigible à 100 % sans diminution de rendement, à condition de respecter les limitations fonctionnelles suivantes :

- pas d'activités nécessitant le port de charges prolongé ou répétitif de plus de 15 kg ;
- pas de maintien prolongé ni de mouvements répétés du membre supérieur gauche, en particulier au-dessus du plan des épaules ;
- pas de mouvements répétés de la main, du poignet et du coude gauches ;

En revanche, l'utilisation de la main dans la distalité ne posait aucun problème.

Envisageant également le cas sous l'angle d'une possible indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI), le Dr N_____ a indiqué qu'il n'existait pas d'atteinte articulaire significative, « compte tenu de la bonne restauration et de la mobilité », et de l'absence de caractère arthrosique ou arthrogène retrouvé sur le poignet. Il n'y avait donc pas d'IPAI à ce stade.

m. Par courrier du 24 mars 2023, l'assureur a informé l'assuré que selon les conclusions de l'examen du Dr N_____, il n'avait plus besoin d'un traitement, de sorte qu'il serait mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 avril 2023.

n. Par courrier du 27 mars 2023, annulant et remplaçant celui du 24 mars 2023, l'assureur a répété les informations ressortant de ce dernier courrier en précisant qu'il ressortait de l'examen du Dr N_____ que son état de santé, qui serait stabilisé au 30 avril 2023, ne permettait certes plus l'exercice de son activité antérieure, mais ne faisait pas obstacle à l'exercice à plein temps, et sans diminution de rendement, d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par ce médecin. Tout en rappelant à l'assuré qu'il lui incombait de mettre à profit sa capacité de travail résiduelle en exerçant une activité adaptée à son état de santé, l'assureur a indiqué qu'il examinait actuellement s'il avait droit à d'autres prestations d'assurance.

o. Dans un rapport du 27 mars 2023, adressé à l'OAI, le Dr M_____ a indiqué qu'en raison d'une force grandement abaissée et de douleurs séquellaires mécaniques à l'avant-bras, une reprise de travail dans une activité manuelle n'était pas envisageable. En revanche, une activité monomanuelle ou une activité ne nécessitant ni utilisation en force ni mouvements répétitifs du membre supérieur gauche était théoriquement envisageable à plein temps.

p. Par décision du 31 mai 2023, l'assureur a nié à la fois le droit à une IPAI et le droit à une rente d'invalidité à l'assuré. Concernant le premier point, l'examen effectué le 17 mars 2023 par le Dr N_____ n'avait pas révélé d'atteinte importante à l'intégrité physique dans le cas présent, si bien que les conditions d'octroi d'une IPAI n'étaient pas réalisées. Quant au degré d'invalidité, il était trop bas pour ouvrir droit à une rente. Il ressortait des investigations, notamment sur le plan médical, que l'assuré était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs du marché de l'emploi, à la condition d'éviter des activités nécessitant le port de charges prolongé ou répétitif de plus de 15 kg, le maintien prolongé et les mouvements répétés du membre supérieur gauche (en particulier au-dessus des épaules), ainsi que les mouvements répétés de la main, du poignet et du coude gauches. Il convenait aussi de relever que l'utilisation de la main dans la distalité ne posait aucun problème. Une telle activité, adaptée aux limitations fonctionnelles précitées, était exigible à plein temps et lui permettrait de réaliser un revenu de CHF 60'001.- par an. Celui-ci était calculé sur la base de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) 2020, homme, total niveau 1, pour CHF 41.7 heures de travail par semaine, indexé à l'année 2023 et réduit de

10 % en raison des limitations fonctionnelles et du permis de séjour (pièce 192 intimée). En comparant ce montant au revenu qu'il gagnerait aujourd'hui si l'accident ne s'était pas produit (CHF 63'331.-), la perte de gain était de CHF 3'330.- et correspondait à un degré d'invalidité de 5 % qui était inférieur au taux minimal de 10 % requis pour pouvoir prétendre à une rente.

q. Les 3 juillet et 24 août 2023, l'assuré représenté par un avocat a conclu à l'annulation de la décision, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière et d'une IPAI de CHF 148'200.-. C'était à tort que l'assureur avait retenu que son état de santé était stabilisé au 30 avril 2023. Il en voulait pour preuve un courrier du 19 avril 2023 par lequel la Dre I_____ lui avait prescrit neuf séances de physiothérapie. De plus, ce médecin avait attesté une incapacité de travail jusqu'au 30 juin 2023 en raison de l'accident. Aussi convenait-il de prolonger le paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière jusqu'au 30 juin 2023.

Pour le surplus, le calcul du degré d'invalidité était contesté. Sachant que le salaire versé par l'employeur se montait à CHF 67'608.- et que c'était sur cette base que les indemnités journalières avaient été calculées, c'était à tort que le revenu sans invalidité avait été fixé à CHF 63'331.-. Quant au revenu d'invalidité, fixé à CHF 60'001.-, il ne tenait pas compte du moindre abattement. Or, l'assuré n'avait pas le profil idéal pour la recherche d'un emploi. Outre les limitations fonctionnelles qui étaient les siennes, il ne maîtrisait pas le français et n'avait ni titre de séjour ni formation. De plus, il avait été éloigné du marché du travail durant ces dernières années car son état de santé n'était alors pas stabilisé. Enfin, son expérience professionnelle était limitée. Aussi l'octroi d'une rente d'invalidité apparaissait-il justifié.

Enfin, au vu de l'état de son bras, qui imposait des limitations fonctionnelles importantes et rendait impossible la poursuite de son activité antérieure, il se justifiait pleinement qu'une IPAI lui soit allouée.

r. Par projet de décision du 24 octobre 2023, l'OAI a envisagé de refuser l'octroi d'une rente et de mesures professionnelles à l'assuré, notamment parce qu'au moment de la survenance de l'invalidité, soit le 1^{er} novembre 2021, il ne comptait pas un nombre suffisant d'années de cotisations.

s. Par décision du 25 octobre 2023, l'assureur a rejeté l'opposition à la décision du 31 mai 2023 en retenant en synthèse que le rapport du 21 mars 2023 du Dr N_____, qui n'était pas mis en doute par les autres pièces du dossier, devait se voir reconnaître valeur probante. La stabilisation de l'état de santé pouvait donc être fixée au 30 avril 2023. De même, il y avait lieu de retenir que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par ce médecin, la capacité de travail de l'assuré était entière, sans qu'il faille s'attendre à une diminution de rendement.

S'agissant du revenu sans invalidité, on ne pouvait pas se fonder sur le revenu de CHF 67'608.- que l'assuré réalisait avant l'accident, auprès de son employeur.

Étant donné que ce revenu était dû en vertu d'un contrat de durée déterminée qui aurait de toute manière pris fin le 31 décembre 2020, il était justifié de se fonder sur les valeurs statistiques moyennes de l'ESS, plus précisément sur la base des branches 77-82 (activités de services administratifs et de soutien) de l'ESS 2020 dans une activité du niveau de compétence 1 exercée par un homme (CHF 4'902.- par mois, soit CHF 58'824.- par an). En tenant compte de l'horaire normal de travail dans cette branche (41.8h) et des indexations intervenues jusqu'en 2023, le revenu sans invalidité se montait à CHF 63'895.94.-. En comparant celui-ci au revenu statistique que l'assuré pouvait réaliser dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par le Dr N_____ (CHF 5'261.-, soit CHF 63'132.- par an selon l'ESS 2020, ligne « total », pour une activité de niveau 1 exercée par un homme, soit CHF 65'815.11 après adaptation à l'horaire de travail (41.7h), respectivement CHF 67'262.62 après indexation à 2023, l'assuré ne subissait aucune perte de gain.

S'agissant de l'IPAI, les arguments de l'assuré étaient dépourvus de pertinence au vu des constatations du Dr N_____, ce médecin faisant état d'une absence d'atteinte articulaire significative, « compte tenu de la bonne restauration de la mobilité » et de l'absence de caractère arthrosique ou arthrogène retrouvé sur le poignet.

- C. a.** Le 27 novembre 2023, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans) d'un recours contre cette décision, concluant, principalement, à son annulation, à ce que l'intimée soit condamnée à poursuivre la prise en charge des soins médicaux et le paiement de l'indemnité journalière au-delà du 30 avril 2023. Subsidiairement, il y avait lieu de condamner l'intimée à lui allouer une rente d'invalidité, correspondant à un degré d'invalidité de 20.7 %, ainsi qu'une IPAI d'un montant de CHF 20'282.40, le tout sous suite de frais et dépens. Le recourant a également conclu, à titre préalable, à la mise en œuvre d'une, voire plusieurs expertise(s) portant sur son état de santé actuel et sa capacité à exercer une activité professionnelle.

À l'appui de sa position, il a réitéré en substance les arguments développés dans son complément d'opposition du 24 août 2023 et précisé, concernant le calcul du degré d'invalidité, qu'il y avait lieu d'opérer une déduction de 15 % sur le revenu d'invalidité retenu par l'intimée, compte tenu de ses limitations fonctionnelles, de sa nationalité, de sa situation personnelle (enfant en bas âge à charge) et de son absence d'autorisation de séjour. S'agissant de l'IPAI, c'était un taux de 30 % qui aurait dû être retenu.

- b.** Par réponse du 14 décembre 2023, l'intimée a conclu au rejet du recours et renvoyé pour l'essentiel aux motifs exposés à l'appui de la décision litigieuse.

c. Par écriture du 14 février 2024, le recourant a fait savoir qu'il n'avait pas d'observations complémentaires à formuler, si n'est qu'il se référait entièrement à son recours et persistait intégralement dans ses conclusions.

d. Le 23 avril 2024, la chambre de céans a requis la production, par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève, du dossier AI du recourant.

e. Le recourant et l'intimé n'ont pas fait d'observations après avoir pris connaissance du dossier AI.

f. Par courrier du 24 mai 2024, l'intimée a informé la chambre de céans que les éléments figurant au dossier AI du recourant n'appelaient aucune remarque de sa part, si bien qu'elle renonçait à se déterminer à ce sujet.

g. Par courrier du 28 mai 2024, la chambre de céans a invité le recourant à lui transmettre un *curriculum vitae*, mentionnant, par ordre chronologique, tous les emplois, même de courte durée, précédant celui qu'il exerçait pour l'employeur, y compris ceux ne ressortant pas de l'extrait de son compte individuel AVS (ci-après : CI). Il importait qu'il précise notamment le genre d'activité (indépendante ou salariée), la profession et le secteur économique concernés. Le recourant était invité à indiquer également en quoi consistait l'activité qu'il avait exercée à plusieurs reprises entre 2013 et 2015 en faveur de Monsieur O_____, selon l'extrait du CI.

h. Par courrier du 8 juillet 2024, le recourant a indiqué avoir toujours travaillé en tant que salarié. Entre 2007 et 2010, il avait été au service de Monsieur O_____, lequel exploitait une entreprise individuelle sous la raison sociale « Q_____ », ayant pour but les « clôtures, portails, aménagements extérieurs, maçonnerie ». Dans le cadre de cette activité, il percevait un salaire mensuel net d'environ CHF 4'000.-. Entre 2013 et 2015, il avait travaillé pour M. O_____ « dans le domaine jardinerie/ paysagiste » et, enfin, à partir de 2017 et jusqu'à la date de l'accident, pour « C_____ ».

i. Les autres faits seront mentionnés, si nécessaire, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

2. Le litige porte, d'une part, sur le droit du recourant à des indemnités journalières et à la prise en charge des soins au-delà du 30 avril 2023 et, d'autre part, sur son droit à une rente d'invalidité et à une IPAI dans l'hypothèse où il n'y aurait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de son état de santé.

3.

3.1 Aux termes de 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, 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 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).

3.2 L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA), 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 d'invalidité est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (art. 18 al. 1 LAA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA ; méthode ordinaire de la comparaison des revenus).

Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1) ; seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

3.3 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.

Le point de savoir si l'on est en présence d'une amélioration sensible de l'état de santé se détermine en particulier en fonction de l'accroissement ou du rétablissement de la capacité de travail en tant que celle-ci est diminuée par l'accident assuré. L'emploi du qualificatif « sensible » à l'art. 19 al. 1 LAA signifie ainsi que l'amélioration qui est attendue d'un traitement médical (approprié) au sens de l'art. 10 al. 1 LAA doit être d'une certaine importance ; des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Le simple fait qu'un traitement médical continue à être nécessaire ne suffit pas non plus en soi (arrêt du Tribunal fédéral 8C_956/2009 du 9 mars 2010 consid. 4.1.2). Ni la possibilité très éloignée d'un résultat positif lié à la continuation d'un traitement médical, ni de petits progrès attendus du fait d'autres mesures – telles qu'une balnéothérapie ou de la physiothérapie par ex. (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_39/2018 du 11 juillet 2018 consid. 5.1 et 8C_142/2017 du 7 septembre 2017 consid. 4) –, ne confèrent un droit à de plus amples prestations de la part de l'assureur-accidents. Dans ce contexte, l'état de santé de la personne assurée doit être évalué de manière prévisionnelle et non rétrospective (arrêts du Tribunal fédéral 8C_642/2023 du 20 mars 2024 consid. 3.1.1 ; 8C_142/2017 consid. 4 et les arrêts cités), c'est-à-dire à la lumière des circonstances qui prévalaient au moment de la clôture du cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_83/2017 du 11 décembre 2017 consid. 4.3).

Dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'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 144 V 354 consid. 4.1 ; 143 V 148 consid. 3.1.1 ; 134 V 109 consid. 4.1 et les références).

3.4 La notion d'incapacité de travail, à laquelle renvoie l'art. 16 al. 1 LAA comme condition du droit à l'indemnité journalière, est définie à l'art. 6 LPGA. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (art. 6, 1^e phr., LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2^e phr., LPGA). À cet égard, la jurisprudence considère qu'un délai doit être imparti à l'intéressé pour rechercher une activité raisonnablement exigible dans une autre profession ou un autre domaine. La durée de ce délai doit être appréciée selon les circonstances du cas particulier ; elle est généralement de trois à cinq mois selon

la pratique applicable en matière d'assurance-maladie (ATF 129 V 460 consid. 5.2 et les références ; 114 V 281 consid. 5b et les références). À l'issue de ce délai, le droit à l'indemnité journalière dépend de l'existence d'une éventuelle perte de gain imputable au risque assuré. Celle-ci se détermine par la différence entre le revenu qui pourrait être obtenu sans la survenance de l'éventualité assurée dans la profession exercée jusqu'alors et le revenu qui est obtenu ou pourrait raisonnablement être réalisé dans la nouvelle profession. La perte de gain chiffrée en pour cent donne ainsi le taux de l'incapacité de travail résiduelle. Toutefois, cette jurisprudence, développée en relation avec l'obligation de diminuer le dommage en cas d'atteinte à la santé (exprimé à l'art. 6, 2^e phr., LPGA par l'exigibilité d'une activité de substitution en cas d'incapacité de travail durable), ne concerne que l'indemnité journalière et n'est pas transposable au domaine des rentes pour lesquelles le droit prend naissance selon d'autres conditions prévues par les lois spéciales, soit en assurance-accidents l'art. 19 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_310/2019 du 14 avril 2020 consid. 6.1.2 et les références). Autrement dit, dès lors que l'état de santé de l'assuré est stabilisé – au sens de l'art. 19 al. 1, 1^e phr., LAA – et qu'il y a en conséquence lieu d'examiner s'il peut prétendre à une rente, l'assureur-accidents n'est pas tenu de lui impartir un délai pour s'adapter aux nouvelles circonstances et de continuer de lui verser les indemnités journalières pendant cette période. Il doit clore le cas et mettre un terme au paiement de l'indemnité journalière. Le versement d'une rente d'invalidité – pour autant que l'assuré y ait droit en vertu de l'art. 18 al. 1 LAA – intervient au moment où prend fin le droit à l'indemnité journalière (arrêt du Tribunal fédéral 8C_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 4.3).

4.

4.1 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 (ATF 122 V 157 consid. 1b).

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. 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 125 V 351 consid. 3).

4.2 En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Lorsque dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'article 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_552/2009 du 8 avril 2010 consid. 5.3).

4.3 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2). 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).

4.4 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 469 consid. 4a ; 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 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 94 consid. 4b ; 122 V 162 consid. 1d).

5. En l'espèce, l'intimée a fait siennes les conclusions du rapport du 21 mars 2023 du Dr N_____, notamment en tant que ce médecin y fixe la stabilisation du cas au 30 avril 2023, reprenant ainsi les conclusions du rapport du 13 janvier 2023 de

la CRR – lesquelles faisaient elles-mêmes dépendre la stabilisation dans un délai de trois mois de la non-réalisation d'une nouvelle intervention au bras gauche.

Sachant que lors de la consultation du 30 janvier 2023 – expressément réservée par le rapport précité de la CRR –, le Dr M_____ s'est prononcé en défaveur d'une telle intervention – qui aurait eu pour objet une ablation du matériel d'ostéosynthèse, laquelle n'a effectivement pas eu lieu – et que le Dr M_____ retenait déjà dans un rapport du 27 mars 2023 à l'OAI – soit plus d'un mois avant le 30 avril 2023 –, qu'une activité qui ne nécessitait ni utilisation en force ni mouvements répétitifs du membre supérieur était envisageable à plein temps, la chambre de céans considère que les conclusions du rapport du 21 mars 2023 du Dr N_____ ne sont pas critiquables en tant qu'elles fixent la stabilisation du cas au 30 avril 2023.

Le recourant estime pour sa part que cette conclusion serait incorrecte. Pour étayer son avis, il se fonde sur un certificat d'arrêt de travail pour accident établi le 17 mai 2023 par la Dre I_____, attestant une incapacité de travail de 100 % du 1^{er} au 30 juin 2023 (*cf.* pièce 191 intimée). Force est cependant de constater que ce certificat – dont la motivation se résume à établir un lien entre l'incapacité totale de travail et l'accident – se rapporte manifestement à un point non contesté du dossier, à savoir que le recourant présente (et présentait toujours, en juin 2023) une incapacité de travail totale dans son activité habituelle, ce depuis l'accident du 25 novembre 2020, étant relevé que la Dre I_____ avait déjà délivré d'autres certificats d'arrêt de travail, portant sur des périodes antérieures à juin 2023, en lien avec la même atteinte accidentelle (*cf.* pièce 189 intimé).

Dans un deuxième moyen, le recourant fait valoir que dans son rapport du 13 janvier 2023, la CRR estimait que la poursuite d'un traitement de physiothérapie en ambulatoire pourrait permettre d'améliorer la fonction articulaire et musculaire du membre supérieur gauche, ainsi que la proprioception de celui-ci. La chambre de céans constate toutefois que même si des séances de physiothérapie étaient toujours à l'ordre du jour en avril 2023, voire au-delà (*cf.* le rapport du 19 avril 2023 de la Dre I_____, proposant la poursuite de la physiothérapie ; pièce 189 intimée), il n'en demeure pas moins que selon la jurisprudence, de petits progrès attendus par des mesures telles que la balnéothérapie ou la physiothérapie n'empêchent pas la clôture du cas.

On relèvera enfin que des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité n'étaient pas en cours au 30 avril 2023.

Compte tenu de ces éléments, l'intimée était fondée à mettre fin à la prise en charge des frais de traitement et au paiement des indemnités journalières avec effet au 30 avril 2023.

6. Dans la mesure où le versement d'une rente d'invalidité intervient au moment où prend fin le droit à une indemnité journalière, il reste à examiner si le recourant peut prétendre à une telle rente à compter du 1^{er} mai 2023.

6.1 En l'espèce, il est constant que l'accident du 25 novembre 2020 a causé une fracture de l'avant-bras gauche et que malgré le traitement prodigué, comprenant deux interventions chirurgicales réalisées les 26 novembre 2020 et 8 avril 2022, un retour du membre supérieur gauche à l'état qui était le sien avant l'accident n'a pas eu lieu. À cet égard, le Dr N_____ – dont le rapport du 21 mars 2023 est à la base de la décision litigieuse – est d'avis que compte tenu de la perte de force d'utilisation de son membre supérieur gauche, le recourant ne peut plus exercer son activité antérieure de monteur de clôtures mais que l'exercice d'une autre activité est exigible à plein temps et sans qu'il y ait lieu de s'attendre à une diminution de rendement, sous réserve qu'une telle activité ne nécessite ni le port de charges – prolongé ou répétitif – de plus de 15 kg, ni le maintien prolongé ou des mouvements répétés du membre supérieur gauche, en particulier au-dessus du plan des épaules, ni des mouvements répétés de la main, du poignet et du coude gauches.

Le recourant sollicite préalablement la mise en œuvre d'une voire plusieurs expertises pour examiner son état actuel de santé et sa capacité à exercer une activité professionnelle.

On rappellera en premier lieu que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Partant, en tant qu'elles visent à effectuer des investigations sur l'état de santé « actuel » du recourant, les mesures d'instruction ne sont pas pertinentes pour l'issue du litige, ce d'autant moins que le recourant ne remet en cause ni sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée, telle qu'elle résulte des conclusions claires et cohérentes du Dr N_____, ni les limitations fonctionnelles retenues par ce médecin, qui reprennent celles déjà constatées par les médecins de la CRR dans leur rapport du 13 janvier 2023. Ces conclusions ne sauraient être remises en cause par l'arrêt de travail du 1^{er} au 30 juin 2023, délivré le 17 mai 2023 par la Dre I_____, lequel est muet sur la capacité de travail exigible du recourant dans une activité adaptée. Aussi, en l'absence d'argument pertinent et de production d'un avis médical s'écartant de manière motivée des conclusions du médecin d'assurance de l'intimée, la chambre de céans s'en tiendra à celles-ci par appréciation anticipée des preuves, et considérera qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant présente une totale incapacité de travail dans son activité antérieure de monteur de clôtures, et qu'au moment où l'intimée a mis fin au paiement de l'indemnité journalière et des soins, soit au 30 avril 2023, l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites était exigible à plein temps.

6.2 Pour la détermination du degré d'invalidité du recourant, il convient, en principe, de procéder à la comparaison des revenus en 2023, année de la

stabilisation de l'état de santé et donc de l'ouverture éventuelle du droit à une rente d'invalidité. On précisera également que les variations enregistrées par les revenus à comparer doivent être prises en compte jusqu'à la date de la décision sur opposition (*cf.* ATF 143 V 295 consid. 4.1.3), en l'occurrence le 25 octobre 2023.

6.2.1 Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente ; des exceptions ne peuvent être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; 134 V 322 consid. 4.1 et les références).

Toutefois, lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le salaire doit être établi sur la base de valeurs moyennes. Autrement dit, dans un tel cas, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide (arrêt du Tribunal fédéral 8C_50/2022 du 11 août 2022 consid. 5.1.1 et la référence, *in* SVR 2023 UV n° 8 p. 22). C'est par exemple le cas lorsque l'emploi occupé avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant pour l'évaluation de l'invalidité (*cf.* arrêts du Tribunal fédéral 9C_501/2013 du 28 novembre 2013 consid. 4.2 ; 9C_416/2011 du 26 janvier 2011 consid. 3.2 et la référence à l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). C'est le cas également lorsqu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la personne assurée aurait perdu son emploi même sans atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2010 du 25 janvier 2011 consid. 7.2.2) ou qu'elle a déjà perdu son emploi avant l'accident (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 3/03 du 4 septembre 2003 consid. 6.2). Il n'en va pas autrement lorsqu'au moment de la naissance du droit à la rente, la personne assurée contre les accidents ne pourrait plus exercer son activité habituelle pour des raisons de santé étrangères à l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_41/2015 du 24 avril 2015 consid. 2.3). Ainsi, si la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le revenu sans invalidité doit en principe être déterminé sur la base de valeurs moyennes (arrêts 9C_500/2020 du 1^{er} mars 2021 consid. 4.1 ; 9C_212/2015 du 9 juin 2015 consid. 5.4 et les arrêts cités). Autrement dit, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui

qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide (arrêts du Tribunal fédéral 8C_746/2023 du 7 juin 2024 ; 8C_259/2021 du 23 septembre 2021 consid. 3 et les arrêts cités).

6.2.1.1 Sachant qu'en l'espèce, l'employeur a confirmé par courriel du 7 avril 2021 que le recourant n'était plus son employé après le 31 décembre 2020 (pièce 9 intimée), il y a lieu de considérer qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'au moment déterminant pour l'évaluation de l'invalidité, le recourant n'aurait de toute manière plus exercé d'activité pour le même employeur même s'il n'avait pas connu d'incapacité de gain consécutive à l'accident du 25 novembre 2020. Dans ces conditions, le choix de l'intimée de déterminer le revenu sans invalidité au moyen de l'ESS ne prête pas le flanc à la critique, à tout le moins sur le principe.

L'intimée s'est référée à l'ESS 2020, plus précisément aux lignes 77-82 (activités de services administratifs et de soutien) du tableau TA1. Ces activités comprennent, entre autres, les services relatifs aux bâtiments et à l'aménagement paysager (ligne 81), lesquels incluent notamment « les services d'aménagement et d'entretien paysager et la prestation de ces services en combinaison avec la conception de plans paysagers et/ou la construction (l'installation) d'allées piétonnières, de murs de soutènement, de terrasses, de clôtures, d'étangs et de structures similaires » (cf. Office fédéral de la statistique, NOGA 2008, Nomenclature générale des activités économiques, Notes explicatives, pp. 208-209).

6.2.1.2 Il ressort des déclarations du recourant dans le cadre de son séjour à la CRR qu'il a travaillé en tant que berger et paysagiste au Kosovo avant son arrivée en Suisse en 2006 et en tant que monteur de clôtures depuis lors (cf. dossier intimée, doc. 149, p. 14). Il ressort par ailleurs des précisions fournies le 8 juillet 2024 par le recourant au sujet des trois employeurs qu'il cite que leur domaine d'activité relève en tout ou partie des activités relatives aux lignes 77-82 précitées. Cependant, on n'en constate pas moins à la lumière du *curriculum vitae* produit le 8 juillet 2024 et du CI qu'entre 2011 et 2012 et en 2016, l'intéressé ne travaillait pas pour l'un des trois employeurs qu'il cite et que le type d'activité qu'il aurait pu exercer n'est pas spécifié. La même observation peut être faite au sujet de la période comprise entre 2013 et 2015. Il ressort en effet de l'inscription au CI du recourant qu'il n'était employé que durant 17 mois sur un maximum de 36 mois possibles entre 2013 et 2015 (cf. dossier AI, p. 230, doc. 6). Aussi le caractère lacunaire du CI et du *curriculum vitae* versé au dossier, conjugué à la diversité du parcours professionnel (berger, paysagiste, monteur de clôtures), ne permettent pas de retenir qu'il serait établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'à l'échéance de son contrat de durée déterminée courant du 2 novembre au 31 décembre 2020, le recourant aurait continué travailler dans l'une des activités relevant des lignes 77-82 du tableau TA1. Aussi convient-il de s'en tenir, par défaut, à la ligne « total » de ce tableau (pour un cas

et une appréciation similaire : *cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_259/2021 du 23 septembre 2021 consid. 4.2 et 4.3).

6.2.2 En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 148 V 174 consid. 6.2 et les références ; 143 V 295 consid. 2.2 et les références).

La 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). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (*cf.* ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et ss. et les références). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

6.2.2.1 S'agissant du revenu d'invalidé, l'intimée l'a également déterminé sur la base de l'ESS. Dans la mesure où le recourant n'a pas repris d'activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé, ce choix, qui n'est pas contesté, n'apparaît pas contestable non plus (*cf.* ATF 148 V 174 consid. 6.2). Il en va de même de la référence au tableau TA1, tirage « *skill level* » de l'ESS 2020, plus précisément à la ligne « total », pour un homme, et au niveau de compétences 1, ce qui correspond à CHF 5'261.- (soit CHF 63'132.- par an) pour 40 heures de travail, respectivement CHF 65'815.11 en tenant compte de la durée normale de

travail dans les entreprises (41.7h) puis, après indexation à l'année 2023 à CHF 67'196.50.

On précisera toutefois que si le revenu de valide et le revenu d'invalidé sont calculés à partir du même salaire statistique – comme cela est le cas en l'espèce –, il n'est pas nécessaire de les déterminer avec précision. Dans ce cas, le degré d'invalidité correspond en effet au degré d'incapacité de travail, compte tenu d'une éventuelle déduction du salaire fondé sur les statistiques, qui ne doit pas dépasser 25 %. Il ne s'agit pas d'une « comparaison en pour-cent » au sens de l'ATF 114 V 310 consid. 3a, mais d'une simplification purement arithmétique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_111/2023 du 12 octobre 2023 consid. 6.2 et les références).

6.2.2.2 Étant donné qu'en l'espèce, l'exercice d'une activité adaptée est exigible à plein temps depuis le 1^{er} mai 2023, la perte de gain est en principe nulle et le degré d'invalidité ne l'est pas moins, à moins qu'il y ait lieu d'opérer un abattement sur le revenu d'invalidé.

À cet égard, il y a lieu d'admettre, au vu de la jurisprudence récente du Tribunal fédéral 8C_823/2023 du 8 juillet 2024, que la jurisprudence précitée concernant l'abattement est toujours applicable, nonobstant l'entrée en vigueur de l'art. 26bis al. 3 LAI le 1^{er} janvier 2022, étant relevé que cette question se pose dès lors que dans le domaine du droit de l'assurance-accident, les principes connus du droit de l'assurance-invalidité sont quotidiennement appliqués par analogie lors de l'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_823/2023 précité consid. 9.5.3.6.2),

Alors que le calcul du taux d'invalidité effectué par l'intimée tenait compte dans la décision du 31 mai 2023 d'un tel abattement de 10 % au titre des limitations fonctionnelles retenues et du permis de séjour – lequel était néanmoins insuffisant pour ouvrir droit à une rente (*cf.* pièce 192 intimé pour le détail du calcul) –, la décision litigieuse ne consent à aucune réduction.

Le recourant soutient que ses limitations fonctionnelles, sa nationalité kosovare, sa situation personnelle (enfants en bas âge à charge) et son absence d'autorisation de séjour justifieraient un abattement de 15 %.

La situation familiale et l'éloignement du marché du travail, ne sont pas des facteurs d'abattement au sens de la jurisprudence (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa et bb ; *cf.* aussi arrêt du Tribunal fédéral 9C_273/2019 du 18 juillet 2019 consid. 6.3).

Par ailleurs, le Tribunal fédéral a considéré à réitérées reprises qu'en cas de limitation des activités exigibles à des activités mono-manuelles ou lorsque la main dominante ne peut être utilisée que pour des gestes d'appoint, un abattement de 20 à 25 % du revenu d'invalidé est en principe justifié (arrêts du Tribunal fédéral 8C_58/2018 du 7 août 2018 consid. 5.3 et les nombreux arrêts cités, *in* SVR 2019 UV n° 7 p. 27 ; 8C_606/2022 du 4 mai 2023 consid. 6.1 ;

cf. néanmoins les arrêts du Tribunal fédéral 8C_587/2019 du 30 octobre 2019 consid. 7.3 ; 8C_383/2020 du 21 septembre 2020 consid. 4.2.2 et les arrêts cités, dans lesquels des abattements de 15 % et 10 % ont été considérés comme admissibles, le Tribunal fédéral n'ayant pas constaté d'abus ou d'excès du pouvoir d'appréciation ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_706/2022 du 5 décembre 2023 consid. 6.3.2.1). En l'espèce, il ressort des constatations – non contredites – du Dr N_____, qui coïncident avec celles de la CRR, que le recourant présente une utilisation fonctionnelle de la main lésée de 63 % à gauche par rapport à la droite et une « fonction bimanuelle à 85 % » (cf. rapport du 21 mars 2023, p. 6), de sorte qu'il serait excessif de le qualifier de mono-manuel. Un abattement de 20 à 25 % n'est ainsi pas justifié.

En revanche le critère de l'absence de permis de séjour du recourant cumulé à celui des limitations fonctionnelles, – lesquelles même si elles ne correspondent pas à une activité monomanuelle n'en seraient pas moins importantes – justifient l'application d'un abattement de 10 %, comme l'intimé l'avait initialement accordé. Aussi convient-il de le rétablir, si bien que le degré d'invalidité, qui s'élève ainsi à 10 % ouvre droit à une rente d'invalidité à ce même taux à partir du 1^{er} mai 2023.

7. Il convient enfin d'examiner si le recourant peut prétendre à une IPAI.

7.1 Selon l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA - RS 832.202).

D'après l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité.

Selon l'art. 36 al. 4 OLAA, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité. Une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible.

7.2 L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 29). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à

compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (cf. Jean-Maurice FRÉSARD, Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in : *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht* (SBVR), 3^{ème} éd. 2016, n. 311). En cela, elle se distingue de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un *status* médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; RAMA 2004 n° U 514 p. 415, U 134/03, consid. 5.2 ; RAMA 2000 n° U 362 p. 41).

Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel – anatomique ou fonctionnel –, mental ou psychique (cf. Alfred MAURER, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, 1985, p. 414). La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales (SVR 2009 UV n° 27 p. 97, arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009, consid. 2.3 ; cf. aussi Thomas FREI, *Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung*, 1998, p. 41). L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (Jean-Maurice FRÉSARD/ Margrit MOSER-SZELESS, *op. cit.* n. 317).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b ; 124 V 209 consid. 4a/bb ; 113 V 218 consid. 2a) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence ; aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2).

7.3 Dans son rapport du 21 mars 2023, le Dr N_____ exclut l'octroi d'une IPAI au recourant, motif pris qu'il n'existe pas d'atteinte articulaire significative, « compte tenu de la bonne restauration et de la mobilité », et de l'absence de caractère arthrosique ou arthrogène retrouvé sur le poignet.

Bien que ce médecin n'étaye pas son rapport en se référant aux tables de la SUVA, la chambre de céans constate néanmoins que la table 1 (Atteinte à

l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs) subordonne l'octroi d'une IPAI à une perte de mobilité, en particulier, pour l'avant-bras, à une perte de la pronation et/ou de la supination. Or, il ne ressort pas de l'examen du Dr N_____, portant notamment sur la mobilité des coudes, des poignets et des mains, que ces critères seraient remplis. En envisageant le cas sous l'angle de la table 5 (Atteinte à l'intégrité résultant d'arthrose), le constat est le même, l'octroi d'une IPAI étant subordonné à une arthrose au moins moyenne.

En tant qu'elles refusent tout droit à une IPAI, les conclusions du Dr N_____ apparaissent donc en cohérence avec ses constatations cliniques.

Le recourant objecte que c'est un taux d'IPAI de 30 % qui aurait dû être retenu dans la mesure où il n'est plus capable d'exercer une activité dans son domaine du fait des limitations fonctionnelles qui sont les siennes. En argumentant de la sorte, le recourant omet de prendre en considération le fait que l'IPAI ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte – qui sont indemnisées, cas échéant, au moyen d'une rente d'invalidité – mais joue le rôle de réparation morale (cf. l'ATF 133 V 224 consid. 5.1 précité). Pour le surplus, le recourant ne produit aucun avis médical dissident qui se prononcerait sur le droit éventuel à une IPAI sur la base de facteurs médicaux objectifs. Dans ces circonstances, la décision litigieuse n'est pas critiquable en tant qu'elle nie tout droit à une IPAI à l'intéressé.

8. Compte tenu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision litigieuse réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité de 10 % à compter du 1^{er} mai 2023.
9. Étant donné que le recourant obtient partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimée (art. 61 let. g LPA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5.10.03).

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. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision sur opposition du 25 octobre 2023 en ce sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité de 10 % dès le 1^{er} mai 2023.
4. Alloue au recourant une indemnité de CHF 2'000.-, à charge de l'intimée, valant participation à ses dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

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