

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1322/2025

ATAS/863/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 novembre 2025

Chambre 2

En la cause

A_____

recourant

contre

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

intimée

**Siégeant : Blaise PAGAN, président ; Maria Esther SPEDALIERO et Yves
MABILLARD, juges assesseurs**

EN FAIT

A. a. A_____ (ci-après : l'assuré, l'intéressé ou le recourant), né en 1987, d'origine kosovare et titulaire d'un permis de séjour, est arrivé en Suisse en 2010.

b. Depuis le 9 septembre 2019, il travaillait en qualité de ferrailleur à plein temps pour l'entreprise B_____SA (ci-après : l'entreprise). Cette entreprise était inscrite au registre du commerce (ci-après : RC) du canton de Genève depuis le 15 mai 2013 et ses buts – selon l'extrait du RC – étaient l'exploitation d'une entreprise générale du bâtiment, ainsi que la rénovation de bâtiments, le désamiantage, les travaux d'assainissement, le ferrailage, le sanitaire, le chauffage, l'entretien de bâtiment et l'import-export de matériaux de construction. L'entreprise a été radiée du RC du canton de Genève le 15 juillet 2022, par suite de transfert de son siège dans le canton de Fribourg. Sa faillite a été prononcée le 28 septembre 2023 par décision du Tribunal civil de la Singine à Fribourg.

c. Le 6 septembre 2020, l'entreprise a adressé à la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA ou l'intimée) – à savoir l'assureur accidents compétent – une déclaration de sinistre concernant l'assuré. Selon cette déclaration, l'assuré s'était fissuré la cheville droite, le 20 août 2020, en jouant au football. Il était mentionné que l'intéressé avait été engagé entre le 9 septembre 2019 et le 31 juillet 2020, pour un horaire de 40.5 heures par semaine et était payé CHF 26.50 de l'heure, auxquels étaient ajoutés 10.60% d'indemnités pour les vacances et jours fériés, ainsi que 8.33% à titre de gratification et treizième mois de salaire.

d. Par courrier du 9 octobre 2020, la SUVA a informé l'assuré qu'elle prenait en charge les suites de l'accident du 20 août 2020.

Dans le cadre du suivi du dossier, la SUVA a recueilli plusieurs rapports médicaux, dont il ressortait notamment que l'assuré, qui, suite à l'accident, présentait une fracture du type « Weber C » de la cheville droite et était suivi aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), avait été opéré les 24 août 2020 et 24 mars 2022.

L'assuré avait effectué deux séjours à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR), du 9 novembre au 13 décembre 2022 et du 15 juillet au 2 août 2024.

Selon les conclusions du dernier rapport des médecins de la CRR, établi le 2 septembre 2024, la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle de ferrailleur. Les limitations fonctionnelles retenues étaient le port de charges jusqu'à 10kg, et, pour les membres inférieurs, la marche prolongée, la marche en terrain irrégulier, la « réalisation répétée des escaliers », l'utilisation d'échelles répétées et le travail sur les toits. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant ces limitations fonctionnelles était favorable.

Selon un rapport du 11 mars 2024 du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, à l'examen clinique, l'assuré présentait un effet modéré avec des infiltrations et une cheville encore mobile avec un bon périmètre de marche. Après discussion interdisciplinaire, il n'y avait pas d'indication chirurgicale et un reclassement était préconisé pour un retour à une activité professionnelle.

e. Par « appréciation brève » du 16 septembre 2024, le docteur C_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a considéré que, compte tenu du rapport du 11 mars 2024 des HUG et du séjour à la CRR, le cas de l'assuré était médicalement stabilisé. L'activité habituelle n'était plus exigible. En revanche, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par les médecins de la CRR et privilégiant globalement la position assise ou les alternances assis et debout, et donc un travail léger, la capacité de travail était de 100% sans perte de rendement. L'atteinte à l'intégrité était évaluée à 15%, en se fondant sur la table 2 de la SUVA.

f. Par communication du 19 septembre 2024, la SUVA a informé l'assuré qu'il ressortait de l'appréciation de son service médical qu'il n'avait plus besoin de traitement, de sorte qu'elle mettait un terme au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 octobre 2024. Les limitations fonctionnelles retenues étaient le port de charge jusqu'à 10kg, pas de marche prolongée en terrain irrégulier, pas de « réalisation répétée des escaliers », ni d'utilisation d'échelles et pas de travail sur les toits. À un poste de travail adapté, une capacité de travail était exigible à 100%.

g. Par pli du 9 octobre 2024, l'assuré a informé la SUVA qu'il entendait contester sa décision du 19 septembre 2024, étant donné qu'il souffrait encore de douleurs, rencontrait des difficultés à se déplacer et que son état psychique s'était beaucoup dégradé.

h. Selon un document daté du 10 octobre 2024, la SUVA a procédé au calcul du taux d'invalidité par comparaison des revenus avec et sans invalidité. Pour déterminer le gain de valide, elle s'était fondée sur la convention collective nationale de travail pour l'artisanat du métal (ci-après : CCT pour l'artisanat du métal) et avait retenu un salaire CHF 4'800.- versé treize fois l'an, soit un revenu annuel de CHF 62'400.-, qui après augmentation de 0.75% conformément à la modification de cette CCT au 12 août 2024, s'élevait à CHF 62'868.-. Le revenu d'invalidé avait été déterminé sur la base de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) 2022, pour un homme, niveau de compétence 1, dans la branche économique « TOTAL », qui, après annualisation, ajustement à l'horaire normal dans la branche de 41.7 heures, indexation à l'année 2024 et application d'un abattement de 5%, correspondait à un revenu de CHF 64'824.-. La comparaison de ces deux revenus n'aboutissait à aucune perte de gain, de sorte que le taux d'invalidité était nul.

i. Par décision du 10 octobre 2024, la SUVA a nié le droit à une rente d'invalidité à l'assuré et alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%. Il ressortait de l'instruction qu'il présentait une capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir un port de charge limité à 10kg, pas de marche prolongée ni en terrain irrégulier, pas de réalisation répétée d'escaliers ni d'utilisation d'échelles répétées, pas de travail sur les toits et une activité privilégiant la position assise ou les alternances assis debout. Une telle activité était exigible toute la journée et lui permettait de réaliser, conformément à l'ESS, un revenu annuel qui, après application d'un abattement de 5%, s'élevait à CHF 64'824.-. Comparé au gain de CHF 62'860.- réalisable sans accident, il n'en résultait aucune perte de gain, ce qui excluait le droit à une rente. Si l'état de santé, en rapport avec l'accident, exigeait la reprise du traitement, l'assuré avait la possibilité de l'annoncer à la SUVA qui examinerait le droit aux prestations. Compte tenu de l'appréciation médicale, il résultait une atteinte à l'intégrité de 15% correspondant à une indemnité de CHF 22'230.-.

j. Le 22 octobre 2024, le docteur D_____, médecin praticien et médecin traitant de l'assuré, a informé la SUVA que la capacité de travail de l'intéressé était nulle, même dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Les douleurs limitantes au membre inférieur droit étaient toujours présentes dans toutes les positions et les déplacements. De plus, son état psychique s'était beaucoup dégradé. Il continuait le traitement conservateur avec anti-inflammatoires et physiothérapie pour la partie somatique et le suivi psychothérapeutique pour la partie psychique. Une demande auprès de l'assurance-invalidité était en cours.

k. Le 29 octobre 2024, l'assuré a déclaré former opposition à la décision du 10 octobre 2024 précitée. Il contestait d'abord la fin de la prise en charge de son traitement dès lors qu'il était nécessaire pour maintenir son état de santé, ne serait-ce pour lui permettre d'exercer une activité adaptée. Sa capacité de travail dans une activité adaptée n'était pas entière. Son médecin retenait une incapacité de travail totale mais l'assuré estimait ne pas pouvoir assumer une activité à plus de 50%. Quoi qu'il en était, dans l'hypothèse d'une capacité de travail de 100%, au vu de ses limitations fonctionnelles, il fallait tenir compte d'une diminution de rendement considérable pour le calcul de son degré d'invalidité. Par ailleurs, dans le calcul de comparaison des revenus, il contestait le revenu de valide retenu sur la base de la CCT pour l'artisanat du métal. Il était ferrailleur dans le bâtiment, de sorte qu'il était soumis à la convention collective de travail sur le gros œuvre (ci-après : CCT du gros œuvre), laquelle prévoyait des revenus minimums plus élevés. Il n'avait pas de diplôme CFC mais disposait d'une expérience dans le domaine de plus de dix ans, ce qui faisait de lui un ouvrier qualifié, avec des connaissances professionnelles indéniables. Le revenu sans invalidité à prendre en compte était donc plus élevé et devait mener à lui ouvrir le droit à une rente d'au minimum 10%, même sur la base d'une exigibilité de 100%, ce qu'il persistait à contester. Il concluait à l'annulation de la décision, à la poursuite de la prise en

charge de ses frais médicaux, ainsi qu'à l'octroi d'une rente d'invalidité d'au minimum 10%.

l. Selon une note téléphonique du 13 novembre 2024 au dossier de l'assuré, ce dernier a informé la SUVA qu'il avait subi une nouvelle intervention chirurgicale de la cheville droite pour se faire retirer les vis.

m. Le 18 novembre 2024, la SUVA a reçu des HUG un certificat médical d'arrêt de travail accident à 100% en faveur de l'assuré, courant du 12 novembre au 8 décembre 2024, ainsi que le compte rendu opératoire du 14 novembre 2024, relatif à l'intervention chirurgicale de la cheville droite réalisée le 12 novembre 2024 constitutive d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse et d'une ablation de la suture « *tape* ». Cette intervention avait été réalisée car l'assuré avait gardé une gêne sur le matériel de stabilisation de sa cheville droite.

n. Par décision du 13 mars 2025, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 10 octobre 2024. Aucun rapport médical ne permettait de remettre en doute, à ce stade, la stabilisation de l'état de santé de l'assuré. Le médecin d'assurance s'était prononcé le 16 septembre 2024, sur la base d'une connaissance approfondie du cas, de sorte que ses rapports bénéficiaient d'une pleine valeur probante. S'agissant du rapport du 22 octobre 2024 du Dr D_____, concluant à une incapacité de travail totale même dans une activité adaptée, il n'était ni motivé et ni clair. Celui-ci ne bénéficiait pas de la pleine valeur probante et ne remettait pas en cause les conclusions du médecin d'assurance sur la capacité de travail, à savoir une capacité de travail entière, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, lesquelles devaient être validées.

B. a. Par acte du 14 avril 2025, l'assuré a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans) contre cette décision, concluant, en substance, à son annulation et à l'octroi d'une rente de 15%, subsidiairement d'une rente de 10%.

À l'appui de son recours, il a d'abord indiqué contester les limitations fonctionnelles retenues par le Dr C_____, lequel s'était fondé sur le rapport final du 2 septembre 2024 de la CRR. Ce rapport faisait état d'un port de charge limité à 10kg, ce qui résultait sans doute d'une erreur car lors de l'évaluation initiale de la CRR, le port de charge était limité à 5kg et l'évolution avait été défavorable. Il a également contesté le calcul de la comparaison des revenus tel qu'effectué par l'intimée. Cette dernière avait déterminé son revenu sans invalidité en se fondant sur la CCT pour l'artisanat du métal. Or cette convention ne s'appliquait pas à Genève pour son secteur d'activité, lequel était soumis à la CCT du gros œuvre. Conformément à cette CCT, il convenait de retenir un revenu de valide minimum de CHF 5'372.- par mois versé treize fois l'an, soit CHF 69'836.- par an. Par ailleurs, il fallait appliquer un abattement de 15% au revenu d'invalidé, afin de

tenir compte de l'ensemble de ses limitations fonctionnelles et de sa situation personnelle.

b. Par réponse du 24 avril 2025, l'intimée a conclu au rejet du recours. Le recourant n'alléguait aucun élément nouveau susceptible d'ébranler sa décision. La CCT du gros œuvre ne trouvait pas application dans le cas du recourant, en revanche la CCT pour l'artisanat du métal apparaissait totalement adaptée. Concernant les limitations fonctionnelles, elles avaient été retenues sur la base du rapport de sortie de la CRR, plus complet et précis que l'évaluation initiale, et n'avaient pas été remises en question par un rapport médical motivé. Par ailleurs, un abattement supérieur à 10% n'était pas justifié dans le cas d'espèce. Pour le surplus, il était renvoyé à la décision litigieuse.

c. Le 27 mai 2025, le recourant a persisté dans l'ensemble de ses conclusions. Il a produit un rapport de stage du 20 mai 2025 établi par la Fondation PRO, entreprise sociale privée (ci-après : PRO), intitulé « Bilan de positionnement marché – limitation de santé ».

Selon ce rapport, le recourant avait suivi un stage auprès de PRO du 21 avril au 16 mai 2025, sur demande l'office régional de placement (ORP). Selon les conclusions de ce rapport, le recourant disposait des ressources suivantes : « volontaire, calme, bonne adaptabilité aux tâches simples, à l'aise avec les tâches répétitives, persévérant malgré la douleur, bonne capacité d'apprentissage, bon rendement, respectueux de la hiérarchie, collaboratif et respectueux des horaires et ponctuel ». Ses « freins » étaient les suivants : pas de formation initiale, niveau de français restreint (oral et écrit), douleurs permanentes, limitations fonctionnelles « impactantes » et restreignant les pistes professionnelles, à savoir une difficulté à maintenir une posture fixe quel que soit le poste (nécessité régulière d'alterner les positions, besoin de marche), besoin d'aménagements fréquents (chaise spécifique, marchepied, pauses régulières), port de charge limité à 10kg (pas de port de charge) et pas de flexion. L'état de santé du recourant ne lui permettait pas de répondre aux diverses exigences du premier marché du travail. Malgré les aménagements mis en place, les limitations physiques demeuraient significatives et réduisaient fortement les perspectives de maintien dans une activité durable. À ce stade et au regard des difficultés rencontrées durant le stage, il était difficile de déterminer une piste entièrement adaptée à sa situation de santé. Une investigation médicale plus approfondie, ainsi que des stages de plus longues durées étaient nécessaires afin d'évaluer son endurance sur le long terme.

d. Le 3 juillet 2025, l'intimée a maintenu sa position, faisant valoir que le document produit par le recourant n'était qu'un rapport de stage, lequel ne permettait pas de remettre en cause les limitations fonctionnelles et la capacité de travail attestées par les médecins spécialistes.

e. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

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).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.2 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

1.3 Interjeté dans la forme et le délai de 30 jours prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 et 61 let. b LPGA ; art. 62 al. 1 let. a, 89A et 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

3.

3.1 Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 et les références).

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) à la suite d'un accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA).

3.3 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 (dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2021), 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).

3.4 Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et les références).

Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente ; des exceptions ne peuvent être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; 134 V 322 consid. 4.1 et les références). Toutefois, lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le salaire doit être établi sur la base de valeurs moyennes. Autrement dit, dans un tel cas, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, un tel cas d'exception se présente par exemple lorsque le poste de travail que l'assuré occupait avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment de l'évaluation de l'invalidité, lorsqu'il n'aurait pas pu conserver son poste en raison des difficultés économiques, en cas de faillite ou de restructuration de l'entreprise (arrêt du Tribunal fédéral 8C_746/2023 du 7 juin 2024 consid. 4.3 et les références).

Lorsque la personne assurée, en bonne santé, ne travaillerait plus à son ancien poste, le revenu de valide doit être déterminé, conformément à la pratique, au moyen des valeurs statistiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C_214/2023 du 20 février 2024 consid. 4.2.1 et les références).

3.5 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.

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 » (sur cette notion : cf. ci-après : consid. 5.2.2) 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).

L'art. 19 al. 1 LAA délimite temporellement le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a).

4. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (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 (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 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

4.1 Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4).

4.2 En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la

validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). À noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

4.3 Il appartient avant tout aux médecins, et non aux spécialistes de l'orientation professionnelle, de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré souffrant d'une atteinte à la santé et sur les éventuelles limitations résultant de celle-ci. Cependant, les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire entre les médecins et les organes d'observation professionnelle, on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré. En effet, dans les cas où ces appréciations (d'observation professionnelle et médicale) divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au tribunal – conformément au principe de la libre appréciation des preuves – de confronter les deux évaluations et, au besoin,

de requérir un complément d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral 8C_607/2024 du 18 août 2025 consid. 5.1.2 et les références).

On relèvera que dans un arrêt récent, destiné à la publication, le Tribunal fédéral a notamment opéré une confrontation entre une expertise médicale et les avis des spécialistes en réadaptation professionnelles et reproché à l'expert de ne pas avoir expliqué la contradiction manifeste entre une capacité de travail estimée à 70% et l'échec de toutes les tentatives de réinsertion (LACI et LAI) menées par l'assuré, qui n'avait pas présenté de signes d'exagération lors desdites tentatives (arrêt du Tribunal fédéral 9C_539/2024 du 12 juin 2025 consid. 4).

5. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

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). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

6.

6.1 En l'espèce, il est rappelé que l'intimée, dans la décision litigieuse, a nié le droit à une rente d'invalidité et alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle de 15%.

Elle a justifié sa position en s'appuyant sur les appréciations du 16 septembre 2024 du Dr C_____.

6.2 Le recourant, qui ne remet pas en cause le taux de 15% d'indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle, conteste, en revanche, dans un premier grief, les limitations fonctionnelles retenues par le médecin conseil.

6.3 Il convient donc d'examiner, d'abord, la valeur probante du rapport d'appréciation de ce médecin.

Le Dr C_____ a indiqué, dans son « appréciation brève », que compte tenu du rapport du 11 mars 2024 des HUG et du séjour à la CRR, le cas du recourant était stabilisé. Il a ensuite considéré que l'activité antérieurement exercée n'était plus exigible mais qu'une activité respectant les limitations fonctionnelles – à savoir un travail privilégiant globalement la position assise ou les alternances assis debout, et donc un travail léger, avec un port de charge limité à 10kg et sans marche prolongée, ni marche en terrain irrégulier, ni réalisation répétée des escaliers ou utilisation d'échelles répétées, ni travail sur les toits – était exigible à 100%, sans perte de rendement.

La chambre de céans relève que ce médecin semble s'être fondé exclusivement sur le dossier et n'a pas motivé sa position. Celui-ci se réfère en particulier au rapport final du 2 septembre 2024 de la CRR, lequel énonce plusieurs limitations fonctionnelles mais ne se prononce pas expressément sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Or, la position du Dr C_____ est remise en cause par le Dr D_____, lequel a estimé, dans son rapport du 22 octobre 2024, que la capacité de travail du recourant était nulle, même dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le médecin traitant a expliqué que les douleurs limitantes au membre inférieur droit étaient toujours présentes dans toutes les positions et les déplacements, que l'état psychique s'était beaucoup dégradé, que le recourant suivait un traitement somatique et psychothérapeutique et qu'il avait déposé une demande auprès de l'assurance-invalidité. Si les conclusions de ce médecin ne sont que peu motivées, elles suffisent néanmoins à jeter le doute sur celles du Dr C_____, qui, en l'état, n'emportent pas la conviction de la chambre de céans.

Au surplus, on ne saurait faire fi du fait – comme il ressort du dossier – que le recourant a subi une nouvelle intervention chirurgicale de la cheville droite aux HUG le 12 novembre 2024, soit antérieurement à la décision querellée, dont on ne connaît, notamment, pas les conséquences concernant la capacité de travail. Selon le compte rendu opératoire y relatif, cette opération, à savoir une ablation du matériel d'ostéosynthèse et une ablation de la suture, a été effectuée au motif d'une gêne persistante sur le matériel de stabilisation de la cheville et était intervenue dans la suite des opérations des 24 août 2020 et 24 mars 2022 en lien avec l'accident du 20 août 2020. L'opération en question a été immédiatement portée à la connaissance de l'intimée et est intervenue bien avant que cette dernière ne rende la décision querellée. Or, lorsqu'elle a appris que le recourant s'était fait opérer, l'intimée aurait dû procéder à des investigations complémentaires afin d'éclaircir la situation médicale à la suite de cette intervention chirurgicale, ce qu'elle n'a pas fait.

Force est donc de constater que l'intimée ne pouvait se fonder uniquement sur l'appréciation du 16 septembre 2024 du Dr C_____ et rendre sa décision litigieuse niant le droit à une rente d'invalidité.

6.4 Dans ces conditions, en l'absence d'une appréciation suffisamment convaincante et circonstanciée permettant de déterminer la capacité de travail du recourant – y compris à la suite de l'intervention chirurgicale du 12 novembre 2024 –, la chambre de céans n'est pas en mesure de trancher le litige.

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

En l'occurrence, vu les carences des investigations médicales, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle procède à une instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise indépendante, au sens de l'art. 44 LPGA.

7. On relèvera encore que le recourant a produit en cours de procédure de recours le rapport du 20 mai 2025 établi à la suite du stage suivi du 21 avril au 16 mai 2025 auprès de PRO.

Certes ce stage est postérieur à la décision querellée, de sorte qu'on ne saurait en tenir compte dans le cadre de l'examen de la légalité de la décision sur opposition du 13 mars 2024, qui quoi qu'il en soit doit être annulée pour les raisons susmentionnées.

Cela étant, puisque l'instruction complémentaire devra également porter sur l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la nouvelle décision de l'intimé, il est intéressant de noter que les responsables du stage – lesquels sont des spécialistes de l'orientation professionnelle – sont parvenus à des conclusions très

différentes de celles du Dr C_____. En effet, ils ont conclu que, malgré la bonne volonté, la bonne adaptabilité et la persévérance en dépit de la douleur, le recourant présentait notamment des limitations fonctionnelles « impactantes » et restreignant les pistes professionnelles (nécessité régulière d'alterner les positions, besoin de marche, besoin d'aménagements fréquents tels que chaise spécifique, marche pied, pauses régulières, port de charge limité à 10kg et pas de flexion) et que la situation médicale du recourant ne lui permettait pas, en l'état, de répondre aux diverses exigences du premier marché du travail, dès lors que malgré les aménagements mis en place, les limitations physiques demeuraient significatives et réduisaient fortement les perspectives de maintien dans une activité durable.

Il conviendra donc, dans le cadre de l'instruction complémentaire, que l'intimée soumette les conclusions de ce stage au médecin expert, conformément à la jurisprudence fédérale (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_539/2024 précité), afin qu'il se détermine sur celles-ci dans le cadre de l'examen de la capacité de travail.

8. Compte tenu de l'instruction lacunaire du dossier au plan médical, il est prématuré à ce stade d'examiner de manière approfondie les griefs du recourant concernant le calcul du degré d'invalidité.

Toutefois, la chambre de céans relèvera d'ores et déjà que l'on peut s'interroger au sujet de l'application, dans le cas du recourant, de la CCT pour l'artisanat du métal pour la détermination du revenu sans invalidité – comme l'a fait l'intimée –, puisque cette convention prévoit expressément à son art. 3.1.2 que son application est exclue, notamment, dans le canton de Genève dans les secteurs de la construction métallique et de la construction en acier. Or, il semble *prima facie* que le recourant ait justement travaillé à Genève dans ces secteurs d'activité. Aussi, dans le cadre de l'instruction complémentaire, il conviendra que cette dernière vérifie ce point et, plus généralement, qu'elle investigate la question des activités exercées auparavant par le recourant, ce avant de procéder à un nouveau calcul du taux d'invalidité.

9. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.
10. Le recourant, qui obtient gain de cause, n'est pas représenté par un mandataire et n'a pas allégué des frais particulièrement importants pour défendre ses droits dans le cadre de la présente procédure, de sorte qu'aucune indemnité ne lui sera accordée à titre de participation à des frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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. Annule la décision sur opposition rendue le 13 mars 2025 par l'intimée.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.
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

Le président

Christine RAVIER

Blaise PAGAN

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