

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1338/2023

ATAS/861/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 novembre

Chambre 2

En la cause

A_____
représenté par Me Catarina MONTEIRO SANTOS, avocate

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.** Le 23 avril 2019, A_____ (ci-après: l'assuré, l'intéressé ou le recourant), né en 1961, marié et père de deux enfants majeurs, ressortissant d'un État européen membre de l'Union européenne (UE) dont la langue n'est pas le français, domicilié en France voisine et titulaire d'un permis G, a fait l'objet d'une « déclaration de sinistre LAA » de la part de la société de déménagements B_____ (ci-après: l'employeur), sise dans le canton de Genève, auprès de laquelle il avait été engagé, le 1^{er} janvier 2013 et pour une durée indéterminée, en qualité de chauffeur déménageur au taux de 100% (45 heures par semaine).

La date du sinistre indiquée était le 13 avril 2019, et les faits étaient décrits comme il suit : « Bricolage / travaux d'entretien : l'assuré est tombé d'une échelle » (accident non professionnel). Les lésions consistaient en des fractures au bassin à gauche ainsi qu'au poignet gauche.

b. À partir du 26 avril 2019, des certificats d'incapacité de travail à 100% pour accident ont été régulièrement établis par le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur (ci-après : le service orthopédique) des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), sous la signature notamment des docteurs C_____ ou D_____ (ci-après : D_____), médecins chefs de clinique, service qui a aussi procédé à une intervention chirurgicale (« ostéosynthèse cotyle gauche par voie De Stoppa modifiée ») le 19 avril 2019 pour la « fracture colonne antérieure et hémi-transverse postérieure cotyle gauche », durant une hospitalisation du 13 au 26 avril 2019, l'intéressé bénéficiant au surplus de séances de physiothérapie et les suites post-opératoires étant, selon la lettre de sortie du 29 avril 2019, favorables.

c. Dans le cadre de l'assurance-accidents obligatoire, l'assureur-accidents compétent, à savoir la SUVA Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA, la caisse ou l'intimée), a, à la suite de son courrier du 7 mai 2019, pris en charge ce cas, par des indemnités journalières et prises en charge de traitements, et l'a instruit, en particulier en recueillant des avis médicaux ainsi que des renseignements mentionnés ci-après.

Des procès-verbaux d'entretien avec l'assuré ont été établis les 29 août et 11 octobre 2019 par la SUVA.

Le 11 octobre 2019, l'intéressé a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), mesures professionnelles et/ou rente, en raison des suites de l'accident susmentionné. Comme « écoles fréquentées » était mentionnée « scolarité obligatoire [pays d'origine] ».

Le 3 décembre 2019, il a été opéré à l'épaule gauche en raison des diagnostics de rupture traumatique du sus-épineux, infra-épineux et sous-scapulaire ainsi que de tendinopathie du long chef du biceps, au service orthopédique des HUG, selon un

rapport du Dr D_____ du 4 décembre 2019, avec un séjour jusqu'au 5 décembre suivant, étant en outre précisé que l'épaule avait fait l'objet d'une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) réalisée le 9 juillet 2019 par le service de radiologie des HUG.

Dans un rapport du Dr D_____ du 19 mars 2020 faisant suite à une consultation du 17 février 2020, l'évolution à trois mois de cette dernière opération montrait une douleur persistante à 5/10 mais s'améliorant progressivement avec une mobilité évoluant favorablement avec la physiothérapie, et le SSV (NDR : « *subjective shoulder value* ») était à 50%.

Le 20 mai 2020, le Dr C_____ a établi une « note de suite » relative aux suites de l'opération à la hanche du côté gauche du 19 avril 2019 ainsi que de l'opération à l'épaule gauche du 3 décembre 2019. Depuis quelques mois, l'évolution actuelle était stagnante. L'arrêt de travail de 100% était prolongé jusqu'au 30 juin 2020, « à prolonger ». Il fallait s'attendre à une persistance du problème, avec une possible coxarthrose gauche et de possibles douleurs chroniques à l'épaule et au poignet gauches.

À la suite d'un examen clinique du 15 septembre 2020, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la SUVA, a, dans un rapport du 18 septembre suivant, posé les diagnostics suivants : - fracture non déplacée de l'extrémité distale du radius gauche ; - fracture de la colonne antérieure du cotyle ; - rupture massive de la coiffe des rotateurs ; - chirurgie sur le cotyle et sur l'épaule. L'incapacité de travail actuelle dans le métier de chauffeur déménageur était toujours justifiée. La stabilisation des lésions pour l'épaule était à prévoir dans deux mois, mais, concernant la hanche, devait être réévaluée. Selon l'évolution, une décision thérapeutique pourrait être prise avec en particulier la mise en place d'une prothèse totale de hanche. La poursuite de la physiothérapie était encore licite tant pour l'épaule que pour la hanche.

À la suite d'une radiographie du bassin du 20 octobre 2020, le docteur F_____, radiologue, concluait à un status post-ostéosynthèse par plaque et vis de l'os iliaque gauche sans signe de complication.

Les 22 et 27 octobre 2020, le Dr C_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, désormais en cabinet privé, a émis des rapports à l'intention de la caisse. L'évolution après l'opération à la hanche était « maintenant stagnante, état stable » ; le patient décrivait toujours des douleurs persistantes au pli de l'aîne lors de la plupart des mouvements et aussi après quelques minutes de marche, cette douleur occasionnant en outre une boiterie ; malgré la physiothérapie, il n'y avait « aucune amélioration durant ces derniers quelques mois ». Comme préjudice persistant, il fallait s'attendre à une coxarthrose post-traumatique à gauche.

À la suite d'un rapport du 16 novembre 2020 du docteur G_____, spécialiste en médecine nucléaire, afférent à une « scintigraphie osseuse avec SPECT/CT » réalisée le même jour, et concluant à une « absence de foyer d'hyperfixation pouvant expliquer la symptomatologie » (« persistance de douleurs »), le Dr C_____ a, dans un rapport du 30 novembre 2020, considéré qu'il n'y avait pas de composante articulaire de la douleur de l'intéressé, « en tout cas pas à l'heure actuelle », et a donc conclu que « les douleurs latérales [étaient] liées à une insuffisance du moyen fessier qui [devait] encore se réhabiliter chez quelqu'un qui avait un travail très physique et qu'il exerçait au quotidien avant son accident ». Ce chirurgien orthopédiste a dès lors proposé une continuation de la physiothérapie ciblée désormais sur l'entraînement du moyen fessier, toute discussion relative à une éventuelle prothèse de la hanche étant reportée pour l'instant et une reconversion dans une autre profession que celle de déménageur étant proposée « si ceci [était] envisageable ».

Le 30 novembre 2020, le service orthopédique des HUG, sous la signature notamment du Dr D_____, a rédigé un rapport à l'intention du Dr C_____ et, le 16 décembre 2020, a considéré qu'une IRM de l'épaule gauche réalisée le 4 décembre précédent était rassurante, IRM objet également d'un rapport du service de radiologie des HUG du même 4 décembre 2020 (après un premier rapport du 9 juillet 2019 au sujet d'une IRM de l'épaule réalisée le même jour).

d. Par « appréciation médicale » du 18 janvier 2021, le Dr E_____ a considéré que l'état de santé était stabilisé concernant l'ensemble des lésions (hanche et épaule gauches) et que l'incapacité de travail n'était plus justifiée, l'activité professionnelle habituelle de déménageur n'étant toutefois plus exigible. Des limitations fonctionnelles existaient pour la hanche (le travail statique en position debout prolongée, les déplacements rapides et/ou fréquents et/ou prolongés, le piétinement ainsi que le port de charges de plus de 15 kg) et pour l'épaule gauche (tout travail nécessitant une élévation rapide ou fréquente en direction de l'horizontal, tout travail le bras au-dessus de l'horizontal, « tout soulèvement de charges de plus de 15 kg et en direction de l'horizontal au maximum 10 kg s'il s'agit de soulèvements en élévation et en porte-à-faux »). Quatre mois de rééducation étaient encore nécessaires.

Le même jour, le médecin d'arrondissement a proposé une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 20%.

e. Par lettre du 12 février 2021, la SUVA a annoncé à l'assuré que, selon l'appréciation de son service médical, il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident et qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 juin 2021 au soir, tout en continuant à prendre en charge les contrôles médicaux encore nécessaires.

f. Les 31 mai et 22 octobre 2021, le Dr C_____ a établi des rapports à l'intention du médecin d'arrondissement de la caisse.

À teneur du premier rapport, l'évolution concernant la hanche était plutôt favorable, le patient marchant sans canne et sans boiter mais décrivant tout de même des douleurs antérieures au niveau du pli de l'aîne lors de certains efforts ; l'évolution concernant l'épaule était quant à elle favorable ; la cicatrice chirurgicale était calme ; au bilan radiologique de ce jour, on voyait une consolidation complète de la « fracture du cotyle avec un matériel d'ostéosynthèse en place et une absence d'une arthrose post-traumatique en ce moment » ; une [prothèse totale de hanche] serait à discuter en cas de péjoration de douleur associée à une image d'une arthrose post-traumatique à gauche. Pour l'instant ceci n'est pas le cas ».

Selon le second rapport, les douleurs persistantes au niveau de la hanche gauche empêchaient l'assuré de trouver un travail adapté au programme de reconversion professionnelle de l'AI ; la douleur semblait être plutôt localisée sur la partie latérale de la hanche gauche ; la cicatrice était calme ; il ressortait de l'IRM du bassin (qui avait été réalisée peu de temps auparavant) qu'il n'y avait une pathologie ni au niveau des fessiers ni au niveau de la hanche ; la fracture de consolidation était quant à elle acquise sans séquelle et sans coxarthrose secondaire. Il n'y avait pas de diagnostic précis qui expliquerait les douleurs persistantes du patient ; en cas de persistance de la douleur, ledit chirurgien orthopédiste proposerait plutôt une expertise ou un deuxième avis par un spécialiste de la hanche.

g. Le 15 novembre 2021, le Dr E_____, se déterminant sur le rapport du Dr C_____ du 22 octobre 2021 précité ainsi que sur un courriel du 10 novembre 2021 d'une conseillère en réadaptation professionnelle de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) faisant état d'une incapacité de travail de 50% depuis le 5 octobre 2021 dans le cadre d'une mesure d'orientation professionnelle auprès d'Intégration et formation professionnelle (ci-après : ORIF) – mise en œuvre à la demande de l'OAI –, a confirmé sa position exprimée dans son « appréciation médicale » du 18 janvier 2021.

h. Par décision du 9 juin 2022, à la suite d'un calcul du taux d'invalidité avec les chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) effectué la veille (retenant, en 2022, un gain annuel sans invalidité de CHF 67'267.- et avec invalidité de CHF 69'061.-, pour un homme de niveau de compétence 1, sans perte de rendement ni abattement) ainsi que d'un « résumé des documents déterminants pour la fixation de la rente » établi ledit 9 juin 2022, la SUVA, faisant siennes les conclusions du Dr E_____, y compris en matière de limitation fonctionnelles, et constatant l'absence de perte de gain, a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité mais a alloué à l'assuré une IPAI de CHF 29'640.- fondée sur une diminution de l'intégrité de 20%.

i. Par écrits des 16 (sans motivation) et 29 juin 2022 (avec motivation), avec compléments les 3 août et 27 septembre 2022, par l'intermédiaire d'un avocat, l'intéressé a formé opposition contre cette décision, se fondant notamment sur un rapport du Dr C_____ du 20 juin précédent, précisant en outre que la mesure auprès de l'ORIF n'avait pas permis d'aboutir à un quelconque projet professionnel, contestant, le 16 juin 2022, en particulier l'exigibilité retenue par la caisse, tant en termes de limitations fonctionnelles que d'activités professionnelles concrètement envisageables et de comparaison des revenus, et « également le pourcentage de diminution d'intégrité », et concluant, le 29 juin 2022, principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 100%, subsidiairement, comme décidé par l'OAI, 19%, voire – implicitement le 27 septembre 2022 – 39%.

Selon l'assuré, ledit taux d'invalidité du 19% résultait d'un abattement – ou « réduction supplémentaire admise » – de 20% sur le 100% du salaire statistique d'invalidé et correspondait à la perte de gain reconnue dans un projet de décision de l'OAI du 2 juin 2022 qui lui avait reconnu le droit à une rente AI entière de 1^{er} avril 2020 au 28 février 2021, puis plus aucune prestation, pas même des mesures professionnelles supplémentaires, projet de décision contre lequel l'intéressé avait formé opposition les 13 et 29 juin 2022. La décision de l'AI du 22 septembre 2022 avait confirmé les conclusions de ce projet de décision, tout en retenant une perte de gain de 39%, inférieure au degré d'invalidité de 40% requis pour l'octroi d'une rente, ce sur la base d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée « avec une possible baisse de rendement de 25% en raison de la nécessité de pauses régulières depuis le [17 novembre 2020] », suivie d'un abattement de 20%.

Dans son rapport du 20 juin 2022 précité, le Dr C_____ répondait à des questions du conseil de l'assuré. D'après ce chirurgien orthopédiste, les douleurs de l'intéressé durant la mesure professionnelle auprès de l'ORIF étaient concordantes avec son état de santé, et l'incapacité de travail de 50% – qui leur était liée – « [dépendait] strictement du travail demandé et de la possibilité de faire de petites pauses dans la journée (cf. rapport d'intégration socioprofessionnelle de l'ORIF) ». La capacité de travail du patient dans une activité bien adaptée telle que proposée dans le rapport de l'ORIF et avec des pauses adéquates dans la journée pourrait être complète. S'agissant d'activités industrielles légères de type conditionnement, de contrôle de qualité ou encore en tant qu'ouvrier de montage ou opérateur en sous-traitance horlogère, il semblait, « d'après le rapport de l'ORIF et après son évaluation par une équipe spécialisée dans le domaine », que le plus grand problème pour la reprise du travail par l'intéressé était la difficulté d'assumer la même position pendant une période prolongée, qu'elle soit en station debout ou assise ; « à cause de sa douleur de la hanche, [le patient avait] besoin d'alterner des positions assez souvent et visiblement de prendre des pauses régulièrement dans la journée ».

L'« appréciation médicale » du Dr E_____ du 18 janvier 2021 était « tout à fait adéquate » et le Dr C_____« [partageait] parfaitement son avis concernant l'estimation de l'atteinte à l'intégrité » (IPAI).

Le rapport d'intégration socioprofessionnelle établi le 18 mars 2022 à l'intention de l'OAI par l'ORIF, plus précisément l'atelier d'intégration professionnel (AIP), faisait état d'une mesure du 27 septembre 2021 au 28 février 2022 (105 jours). S'agissant des aspects socio-professionnels (point 1), la motivation, la collaboration et l'intégration dans l'atelier étaient très bonnes (note maximale), l'estime de soi, l'« autonomie, responsabilité » et les « recherches de stage ou d'emploi » bonnes, les « compréhension et acceptation de la situation », « capacité d'élaboration au changement », « potentiels et ressources » et « projection dans l'intégration professionnelle » satisfaisants, alors que seule l'« élaboration d'un projet » était faible. Était ensuite noté dans le rapport de l'ORIF, sous le point « 1.1 Professionnel » (p. 3) : « Dès son arrivée [l'assuré] s'est montré motivé pour suivre cette mesure. Il a saisi les objectifs de l'orientation professionnelle, pourtant il s'est montré sceptique quant à une possibilité de reprendre une activité professionnelle adaptée à 100% au vu de son âge, ses difficultés physiques ainsi que de ses douleurs omniprésentes et fortes. [Il] a dit n'avoir aucune idée sur un projet professionnel, mettant plutôt en avant ses lacunes scolaires et sa méconnaissance de l'informatique et du français. [À la ligne] Il a toujours été partant et motivé lorsque nous lui avons présenté des activités au sein de l'atelier. Même s'il n'a pas fait de proposition tout au long de la mesure. Lors de la réalisation de ceux-ci, il s'est donné beaucoup de peine pour rendre un travail de qualité. [À la ligne] [L'intéressé] a commencé sa mesure à 100%, après 7 jours ouvrables, il a dû aller voir son médecin, car les douleurs étaient en augmentation et devenaient insupportables durant sa journée de travail, impactant la qualité et le rendement de son travail à l'atelier ainsi que rendant ses nuits difficiles. [L'assuré] nous a fourni un certificat médical, chaque mois, stipulant qu'il ne peut pas poursuivre cette activité à plein temps, mais seulement à 50%. Notons qu'il n'a jamais été absent, pour d'autres motifs, durant toute la mesure, mis à part pour quelques rendez-vous médicaux ou pour se faire vacciner. [À la ligne] Selon [l'assuré], les douleurs ressenties durant la journée et pendant les nuits ont toujours été principalement fortes. Elles ont péjoré son bien-être tout au long de la mesure. Il s'est senti très fatigué, tous les jours, ne parvenant pas à se reposer la nuit. Relevons qu'il n'a néanmoins jamais été en retard. Il a travaillé dans plusieurs secteurs de l'atelier comme le vitrail, la menuiserie, la pyrogravure, la soudure à l'étain, l'électronique, le montage lego, le montage mécanique d'un moteur, la préparation de commandes pour des caisses à outils, la peinture pour l'application de vernis et la mosaïque. Lors de toutes ces activités, à 50%, [l'intéressé] a dû effectuer régulièrement des pauses, en moyenne 1 à 2 fois entre 15 et 20 minutes durant lesquelles il marchait quelquefois dans l'atelier. La plupart du temps il allait s'allonger, sur un fauteuil relaxant, dans la salle de repos afin de récupérer. Lorsqu'il a débuté la mesure à 100% la fréquence quotidienne

de ces moments de repos était plus importante, soit entre 3 et 4 fois et jusqu'à 30 minutes ». Dans le cadre de ladite mesure d'orientation professionnelle, l'intéressé avait effectué un stage en entreprise de 14 jours, auprès d'un salon de coiffure – celui où la fille de l'intéressé travaillait – au taux de 50%, stage qui n'avait pas pu être prolongé car le taux d'activité de 100% requis par ce salon pour une prolongation de stage n'avait pas été accepté par le médecin de l'assuré, bien que ce dernier « était partant pour essayer ». Toujours à teneur de ce rapport de l'ORIF, l'intéressé avait fait preuve d'une très bonne motivation, d'une persévérance tout au long de la mesure et d'« un savoir-être professionnel et une excellente attitude vis-à-vis de ses pairs et des personnes encadrantes » ainsi que d'une disponibilité pour aider, mais il souffrait d'« un manque important de ressources dans le savoir-faire (informatique, français, organisationnel, lecture d'un plan, vision 3D, etc.) ». Finalement, aucun réel projet professionnel n'avait pu être identifié lors cette mesure, qui, à l'instar dudit stage, avait été interrompue, étant à cet égard précisé notamment qu'avant le stage en salon de coiffure, des partenaires de l'ORIF n'avaient pas accepté un stage comme opérateur en sous-traitance horlogère au vu de l'état de santé de l'intéressé (nombreuses limitations fonctionnelles, marche avec une béquille, activité à 50%).

j. Dans le cadre de l'instruction de l'opposition par la caisse, un avis du docteur H_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, de l'Hôpital de La Tour a été sollicité le 23 septembre 2022 par le Dr C_____ au sujet des douleurs du patient à la hanche gauche et de la pose éventuelle d'une prothèse totale de la hanche. Selon ledit rapport du 23 septembre 2022 du Dr C_____, « au bilan radiologique qui avait été complet on [notait] toujours une absence de formelle coxarthrose avec une interligne articulaire qui [était] toujours bien maintenue, une bonne réduction de la fracture et une absence de marche d'escalier intra-articulaire ».

Un rapport du Dr H_____ ne paraît toutefois pas figurer dans les dossiers.

Néanmoins, un rapport a été établi le 24 octobre 2022 par le docteur I_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en particulier de la hanche et du genou, auquel l'assuré avait été adressé par le Dr C_____. À teneur de ce rapport du Dr I_____, depuis environ une année, le patient se plaignait de douleurs au niveau de sa hanche gauche au pli de l'aîne ; à l'examen clinique du 17 octobre 2022, il n'y avait, notamment, pas de différence de longueur des membres inférieurs ni de trouble neuro-vasculaire périphérique ; le bilan radiologique effectué par le Dr C_____ mettait en évidence un bon rétablissement de la surface articulaire avec quelques surcharges mécaniques au niveau intra-articulaire sans véritable coxarthrose ; avant de procéder à une prise en charge chirurgicale de type prothétique, le Dr I_____ souhaitait confirmer le diagnostic avec une infiltration test et thérapeutique à l'anesthésique local et cortisone.

k. À la demande formulée le 10 octobre 2022 par le Dr E_____, l'assuré a fait l'objet d'une hospitalisation du 29 novembre au 13 décembre 2022 auprès de la Clinique romande de réadaptation à Sion (ci-après : CRR), qui a établi divers documents, dont, notamment, un rapport du 29 décembre 2022 effectuant une synthèse, des rapports relatifs à des ateliers professionnels et aux capacités fonctionnelles ainsi qu'un rapport relatif à un ultrason de l'épaule gauche du 6 décembre 2022.

À teneur du rapport de synthèse, le diagnostic principal consistait en des « thérapies physiques et fonctionnelles pour douleur hanche et épaule gauche », sans nouveau diagnostic pour ces parties du corps, les diagnostics secondaires en « 13.04.2019 : chute d'une échelle : - fracture colonne antérieure et hémi-transverse postérieure cotyle gauche ; - fracture non déplacées EDR poignet gauche ; - rupture transfixiante du supra-épineux gauche avec une rétraction tendineuse de grade II-III ». Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour ; des facteurs contextuels pourraient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient, notamment une kinésiophobie modérée, un catastrophisme élevé et une perception du handicap fonctionnel élevé (sous-estimation des aptitudes fonctionnelles, d'après l'évaluation des capacités fonctionnelles). La participation de l'intéressé aux thérapies avait été bonne, à savoir que la douleur avait représenté un frein à la mise en place d'un traitement de physiothérapie intensive adéquat, et aucune incohérence n'avait été relevée pendant le séjour. Pendant le séjour, une intervention diagnostique et/ou thérapeutique sous scopie à la hanche gauche effectuée le 9 décembre 2022 par l'Hôpital du Valais avait permis de réduire les douleurs de 50% pendant une semaine. Les dernières imageries de septembre 2022 ne retrouvaient pas de signe d'arthrose manifeste, et aucun diagnostic nouveau n'était retenu pour la hanche et l'épaule gauches. Toujours durant le séjour, le patient avait été pris en charge aux ateliers professionnels durant des périodes allant jusqu'à 2 heures consécutives, dans « des activités très légères, de moins de 5 kg » (consistant en la création de dossiers administratifs) ; compte tenu des observations des évaluateurs et des divers tests réalisés au sein des ateliers, il était constaté que l'activité légère effectuée était bien tolérée ; on retrouvait toutefois des douleurs limitantes au niveau du membre supérieur gauche lors des activités répétitives ; selon le patient, le port de charges était limité, ainsi que les activités situées au-dessus du plan de l'épaule. Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes étaient retenues pour la hanche gauche : le travail statique en positions debout prolongées, les déplacements rapides ou fréquents ou prolongés ainsi que le port de charges lourdes de manière répétitive ; pour l'épaule gauche, les limitations fonctionnelles définitives étaient : tout travail nécessitant une élévation rapide ou fréquente au-dessus des épaules, tout soulèvement de charges répétitif de plus de 5 à 10 kg au-dessus des épaules et en porte-à-faux. Aucune nouvelle intervention chirurgicale n'était proposée. La situation était pratiquement stabilisée du point de

vue médical et des aptitudes fonctionnelles, une stabilisation du cas étant attendue dans un à trois mois. Au titre de pronostic, une reprise de l'activité habituelle de déménageur semblait illusoire à court et long terme, mais une pleine capacité de travail dans une activité adaptée était attendue.

Selon le rapport relatif à l'ultrason de l'épaule gauche du 6 décembre 2022, il y avait : - une fissure des fibres plus proximales du tendon infra-épineux ; - une articulation acromio-claviculaire dégénérative ; une fibre proximale du tendon sous-scapulaire très hétérogène mais sans image franche de déchirure ; - un fort amincissement du tendon supra-épineux.

l. D'après un rapport du 20 janvier 2023 du Dr I_____, qui avait reçu l'assuré en consultation le 16 janvier précédent « pour un suivi après infiltration de sa hanche gauche », l'intéressé avait ressenti une bonne diminution des douleurs durant une courte période de deux à trois semaines ; depuis lors, les douleurs avaient progressivement refait surface, bien qu'en intensité moindre. Une reprise du travail pour un patient de 61 ans, déménageur, travailleur de force sans formation spécifique, n'était pas envisageable, une reconversion n'était pas une bonne option compte tenu des circonstances. « Concernant son problème de hanche, aucun geste supplémentaire [n'était] prévu pour le moment, compte tenu du fait que le patient [parvenait] encore à fonctionner correctement dans la vie de tous les jours ». Dans le cas où les douleurs devenaient plus importantes, serait effectuée une nouvelle infiltration intra-articulaire de corticoïdes et, en dernier recours, la mise en place d'une prothèse.

m. Selon une « appréciation médicale » du 16 février 2023 du Dr E_____ tenant compte des nouveaux éléments médicaux apparus dans le cadre de la procédure d'opposition, en lien avec l'accident, l'état de santé de l'assuré était stabilisé, selon son appréciation du 15 (*recte* : 18) janvier 2021, avec des consultations de suivi encore possibles une fois par an à long terme auprès du Dr C_____ ou du Dr I_____, ainsi qu'avec de la physiothérapie et un traitement médicamenteux en réserve en cas de douleurs mais aucune mesure thérapeutique. L'IPAI était de 20%, pourcentage qui était motivé. À la question « L'accident du 3 avril 2019 a-t-il temporairement aggravé une/des atteinte(s) préexistante(s) ? Dans la positive, jusqu'à quand ? », était répondu : « Il n'y a pas d'état antérieur sur les zones lésées décrites ». L'activité habituelle de déménageur n'était plus exigible, mais une activité adaptée était exigible à 100% et sans perte de rendement, respectant les mêmes limitations fonctionnelles que selon son appréciation médicale du 18 janvier 2021 si ce n'était qu'il fallait éviter aussi un « travail nécessitant en complément une élévation rapide ou fréquente au-dessus des épaules dans tout soulèvement de charges répétitif de plus de 5 à 10 kg au-dessus des épaules ou en porte-à-faux », une activité sédentaire devant être privilégiée.

n. Par décision sur opposition rendue le 3 mars 2023, à la suite d'un calcul du taux d'invalidité avec les chiffres de l'ESS effectué le 27 février 2023 (retenant, en 2022, un gain annuel sans invalidité de CHF 67'396.- et avec invalidité de

CHF 66'073.-, pour un homme de niveau de compétence 1, sans perte de rendement ni abattement, d'où un taux d'invalidité de 2%), la SUVA a rejeté l'opposition formée contre sa décision – initiale – du 9 juin 2022, l'effet suspensif étant en outre retiré à un éventuel recours contre ladite décision sur opposition.

B. a. Par acte du 21 avril 2023, l'assuré, représenté par une nouvelle avocate, 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 sur opposition, concluant, sur mesures provisionnelles, à la restitution de l'effet suspensif au recours jusqu'à ce qu'une décision entrée en force et exécutoire soit rendue, préalablement à son audition et à celle du Dr I_____, à l'apport du dossier du docteur J_____ et à celui de l'AI ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire, au fond, à l'annulation de la décision sur opposition précitée et, cela fait, principalement à la reconnaissance de son droit à l'octroi d'une rente basée sur un taux d'invalidité de 100% et au versement de cette rente à partir du 1^{er} juillet 2021, à une IPAI supérieure à 20% et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants, subsidiairement à la reconnaissance de son droit à l'octroi d'une rente dont le taux serait à définir, à une IPAI supérieure à 20% et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

b. Par réponse du 8 mai 2023, l'intimée a conclu au rejet de la requête de restitution de l'effet suspensif et du recours au fond.

Était annexée une « appréciation médicale » du 2 mai 2023 du Dr E_____, selon lequel, en conclusion, il n'y avait « pas lieu de changer ce qui [avait] déjà été établi lors de [ses] appréciations précédentes, et en particulier celle issue finalement du rapport de sortie de la CRR ». Néanmoins, ledit médecin d'arrondissement, ayant pris connaissance pour la première fois du rapport de l'ORIF du 18 mars 2022 au sujet duquel il écrivait notamment « En conclusion, le status douloureux de l'assuré n'a pas de substratum objectif démontré pouvant expliquer les douleurs. (...) », ajoutait, après le rappel des limitations fonctionnelles énoncées le 18 janvier 2021 – sans leur complément du 16 février 2023 – : « Nous notons toutefois que l'assuré a du mal à rester en position assise et qu'il a besoin de pauses complémentaires et donc qu'il faut faire une étude plus détaillée et actualisée des capacités fonctionnelles de l'assuré » ; plus bas : « Ces limitations fonctionnelles doivent être actualisées et étudiées en milieu spécialisé ».

c. Par réplique du 21 juin 2023, le recourant a persisté dans toutes les conclusions de son recours.

Était entre autres produit un certificat de prolongation d'arrêt de travail à 50% jusqu'au 1^{er} avril 2022 inclus établi le 28 février 2022 par le Dr J_____, médecin généraliste exerçant en France voisine, qui précisait que l'état de santé de

l'intéressé ne lui permettait pas « une augmentation de sa capacité de travail à ce jour ».

d. Le 5 juillet 2023, la caisse a fait valoir que la conclusion de l'intéressé tendant à une IPAI supérieure à 20%, qui n'avait selon elle pas été formulée dans l'opposition du 29 juin 2022 contre sa décision initiale, sortait ainsi de l'objet du litige et était irrecevable.

e. Entretemps, le dossier de l'AI a été envoyé le 3 juillet 2023 par l'OAI à la chambre de céans, qui l'a reçu le lendemain, ce à la suite de son ordonnance d'apport rendue le 27 juin 2023. Il ressort entre autres ce qui suit de ce dossier, qui avait été initié par la demande AI du 11 octobre 2019 mentionnée plus haut et qui contient des copies du dossier de la SUVA.

L'employeur a complété le 14 novembre 2019 le « questionnaire pour l'employeur ».

À teneur d'un questionnaire AI rempli le 10 novembre 2019 par le docteur K_____, chef de clinique auprès du service orthopédique des HUG, qui concernait l'épaule gauche et la hanche, les douleurs persistaient à 8/10. Les restrictions fonctionnelles résultant des atteintes étaient des « douleurs importantes et limitations des amplitudes articulaires ». La capacité était nulle dans l'activité professionnelle, et aussi dans une activité adaptée mais « à réévaluer ».

Dans un « questionnaire médical intermédiaire » complété le 28 mai 2020 par le Dr D_____, du service orthopédique des HUG, qui mentionnait comme dernières consultations celles des 17 février et 18 mai 2020, était, à la question si l'assuré était capable d'exercer une activité professionnelle adaptée à son état de santé, répondu : « Rééducation en cours, actuellement non », ce en raison de « trop de limitation de mobilité et douleurs ». Le traitement prescrit consistait en de la physiothérapie.

Selon un questionnaire médical AI rempli le 9 novembre 2020 par le Dr C_____, auquel était joint le rapport de ce dernier du 22 octobre 2020, le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, était « douleurs hanche [gauche] sur probable coxarthrose post-traumatique ». Les restrictions fonctionnelles consistaient en des « douleurs hanche [gauche], boiterie, raideur hanche ». La répercussion de l'atteinte à la santé invoquée « dans les domaines courants de la vie (ménage, loisirs et activités sociales) » était « faible, il arrive à marcher mais boite ». Le patient était dans l'impossibilité de reprendre son métier de déménageur, mais sa capacité de travail dans une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles était de « 100% pour une activité sédentaire (bureau), dès maintenant ».

Dans un rapport du 1^{er} juin 2021, le service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) considérait qu'il y avait lieu de suivre les conclusions du 17 novembre 2020 du Dr C_____(chirurgien traitant) et du 18 janvier 2021 du

médecin d'arrondissement de la SUVA : en raison de l'« atteinte principale » « polytraumatisme le [13 avril 2019] avec fracture non déplacée de l'extrémité distale du radius gauche, fracture de la colonne antérieure du cotyle gauche, rupture massive de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche et status post-chirurgie sur le cotyle (ostéosynthèse le [19 avril 2019]) et sur l'épaule le [3 décembre 2019]) », la capacité de travail de l'intéressé avait été nulle dans toute activité dès le 13 avril 2019, mais elle était entière à partir du 17 novembre 2020 dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : « éviter la station debout prolongée, les déplacements rapides et/ou fréquents et/ou prolongés, le piétinement, le port de charges de plus de 15 kg, tout travail avec les bras au-dessus de l'horizontal. (Voir évaluation médicale du Dr E_____ du [18 janvier 2021]). Privilégier une activité de type sédentaire ».

Le 7 juin 2021 était confié un « mandat de réadaptation » à la division réadaptation professionnelle de l'OAI afin de déterminer si des mesures étaient de nature à réduire le dommage et si elles pouvaient être mises en place. Selon une note de premier entretien du 6 août 2021 de ladite division avec l'assuré, ce dernier était « partant pour une mesure d'orientation professionnelle, à organiser à l'ORIF pour limiter les déplacements ». Puis, le 15 septembre 2021, l'intéressé effectuait une visite auprès de l'ORIF, et, le 17 septembre 2021, ce dernier proposait un début de stage au 27 septembre suivant.

Par décision du 1^{er} octobre 2021, l'OAI reconnaissait à l'assuré le droit à une indemnité journalière pour la période du 27 septembre au 19 décembre 2021, puis, par communication du 1^{er} décembre 2021, prolongeait ce droit « pendant la durée de l'évaluation » auprès de l'ORIF, à savoir durant la « prolongation de la mesure professionnelle [...] prévue du [20 décembre 2021] au [28 février 2022] ».

Selon une « note de travail MOP » du 4 octobre 2021 de la division réadaptation professionnelle de l'OAI, un responsable de l'ORIF l'avait informée que l'intéressé « [avait] beaucoup de peine à se mobiliser pour la mesure ; il [souffrait] beaucoup et [avait] besoin de pauses fréquentes, même lors d'activités sédentaires » ; avait ainsi été mise en place une « diminution du taux de la mesure envisagé (50%) pour soulager les douleurs en attendant que l'assuré voie son généraliste pour avis ». D'après une – deuxième – « note de travail MOP » rédigée le 8 novembre 2021 par ladite division, les compétences utilisables professionnellement du recourant étaient faibles : pas de français écrit, pas d'ordinateur. Les seules pistes potentielles se trouvaient dans le conditionnement et la gestion de stock basique « qui serait testée au magasin de l'ORIF d'ici la fin du stage d'orientation ».

En parallèle, des arrêts de travail à 50% à tout le moins entre le 5 octobre 2021 et le 1^{er} avril 2022 étaient prescrits par le Dr J_____.

À teneur d'un avis du SMR du 8 mars 2022 se référant aux arrêts de travail de 50% attestés par le Dr J_____ ainsi qu'à l'avis du Dr E_____ du 15 novembre 2021, ses précédentes conclusions restaient inchangées.

Le projet de décision de l'OAI du 2 juin 2022 faisait notamment suite à un « rapport final – MOP » établi le 23 mars 2022 par la division réadaptation professionnelle de cet office et accompagné d'un document intitulé « Détermination du degré d'invalidité – Part active » qui parvenait à une perte de gain de 18.57%. Selon ladite division réadaptation professionnelle, au regard de la situation globale de l'assuré, une mesure de reclassement ne permettrait pas de réduire le dommage, sachant qu'il existait de réelles possibilités d'embauche dans le marché équilibré de l'emploi pour des assurés avec un profil semblable à celui de l'intéressé, notamment, dans des activités industrielles légères de type conditionnement, de contrôle de qualité ou encore en tant qu'ouvrier de montage ; la piste d'opérateur en sous-traitance horlogère, retenue lors de la mesure d'orientation professionnelle, n'avait malheureusement pas permis un retour à l'emploi.

Selon un avis du 6 juillet 2022 du SMR se référant à l'opposition formée par l'assuré contre le projet de l'OAI et au rapport du Dr C_____ du 20 juin 2022, ses conclusions du 1^{er} juin 2021 restaient valables. Néanmoins, il était possible d'admettre et d'ajouter les limitations fonctionnelles suivantes : « possibilité d'alterner les positions assis-debout et possibilité de pauses régulières. À raison de 4 pauses de 30 minutes chacune maximum (selon rapport ORIF du [18 mars 2022]), on peut admettre une baisse de rendement de 2 heures [par jour], soit 25% ». Ainsi, la capacité de travail médico-théorique dans une activité adaptée était de 100% depuis le 17 novembre 2020 « avec possible baisse de rendement de 25% en raison de la nécessité de pauses régulières ».

C'est en particulier sur la base de ce dernier avis du SMR que l'OAI a formulé sa nouvelle motivation, qui a donné lieu à la décision de l'AI du 22 septembre 2022 d'octroi d'une rente entière d'avril 2020 à février 2021, le droit à une rente étant nié pour la suite car la perte de gain de 39% retenue était inférieure au degré d'invalidité de 40% requis pour l'octroi d'une rente, ce à quoi s'ajoutait le refus de mesures professionnelles supplémentaires (qui, vu la situation, ne permettraient pas de sauvegarder ou améliorer de manière notable la capacité de gain de l'intéressé).

Il n'apparaît pas qu'un recours aurait été interjeté contre cette décision.

f. L'intimée s'est déterminée le 12 juillet 2023 au sujet de ce dossier de l'AI, tandis que, malgré le délai octroyé pour ce faire, le recourant ne s'est pas expressément prononcé à ce sujet.

g. Par arrêt incident du 5 septembre 2023 (ATAS/659/2023), la chambre des assurances sociales a refusé l'octroi de l'effet suspensif au recours ou toutes autres mesures provisionnelles, et a réservé la suite de la procédure, dans la mesure

notamment où les chances de succès du recourant sur le fond ne paraissaient pas évidentes à première vue.

Par pli du même jour, elle a sollicité du recourant la production de certaines pièces, avec notamment les précisions qu'il paraissait douteux que la chambre de céans puisse ordonner l'apport du dossier du Dr J_____, dans la mesure où celui-ci n'exerçait pas la médecine en Suisse, et qu'il appartenait à l'intéressé de produire tous documents médicaux pertinents émanant de ce médecin.

h. Par écrit du 9 octobre 2023, le recourant a produit un avis de sortie du 4 décembre 2019 et une lettre de sortie du 10 décembre 2019 émanant tous deux du service orthopédique des HUG et concernant le séjour du 3 au 5 décembre 2019 pour l'opération à l'épaule gauche, ainsi que des « rapports de consultation » du même service des 19 mars et 18 mai 2020 – dont le premier à tout le moins rédigé par le Dr D_____ – adressés au Dr J_____.

Notamment, à teneur du « rapport de consultation » du 18 mai 2020, à la suite d'un contrôle du 14 mai précédent treize mois après l'ostéosynthèse, concernant la hanche, l'assuré se plaignait toujours de quelques douleurs au niveau du pli de l'aîne et le long de la face antérieure de la cuisse irradiant jusqu'au genou ; le patient marchait sans cannes et avec une légère boiterie ; ces douleurs étaient exacerbées par la montée des escaliers. Étaient résumés le status (examen clinique) et le bilan radiologique. Les douleurs étaient attribuées à deux facteurs : premièrement, c'était la raideur articulaire qui donnait cette sensation d'inconfort et même des douleurs à la partie antérieure de la cuisse, et, deuxièmement, il y avait toujours un risque de lésions cartilagineuses post-traumatiques qui pouvaient évoluer en arthrose, par la suite.

i. Le 5 mars 2024 s'est tenue devant la chambre de céans une audience de comparution personnelle des parties et d'audition en qualité de témoin du Dr I_____, étant précisé que le Dr J_____ n'avait pas été convoqué, car, lorsque le greffe de ladite chambre s'était enquis auprès de lui en vue de dates pour témoigner, celui-ci avait répondu par téléphone le 12 janvier 2024 qu'il était soumis au secret médical en France et qu'il ne répondrait pas aux questions même s'il devait venir en audience.

Notamment, selon ses déclarations concernant sa capacité de travail, le recourant, à cause de ses douleurs très fortes, à la hanche gauche et même sur la cuisse gauche et aussi à l'épaule gauche, même la nuit (les douleurs l'empêchaient de dormir correctement), malgré la prise de Tramadol (qu'il prenait de manière réduite à cause des troubles à la tête et de la fatigue que ce médicament entraînait) ou Dafalgan, ne se voyait pas exercer une activité professionnelle, même pas à temps partiel ; parfois, il utilisait une béquille pour marcher à cause des douleurs. Relativement à la question des pauses pendant la mesure d'orientation professionnelle, l'assuré a déclaré ce qui suit : « Le Président me lit les trois dernières phrases de la p. [3] du rapport de l'ORIF du 18 mars 2022 (NDR : fin du

dernier paragraphe du point « 1.1 Professionnel » cité plus haut). Ce qui y est indiqué est exact. Mon besoin de pause est passé de trois à quatre fois pendant trente minutes à une à deux fois en quinze minutes uniquement à cause du passage du taux d'activité de 50 à 100%. Pour un taux à 100% je faisais quatre pauses par jour pendant vingt-cinq à trente minutes. Un 100% représentait selon mon souvenir du lundi au jeudi de 07h30 à 12h00 et de 13h00 à 16h30 e le vendredi de 07h30 à 12h00 ; du lundi au jeudi cela représentait 07h45 par jour, et non 08h00, peut-être à cause des pauses. Mais après discussion avec mon avocate et d'après les calculs c'était plutôt 08h00 par jour. (...) [Après l'audition du témoin I_____ et la remarque du président selon laquelle « les ateliers auprès de la CRR duraient jusqu'à deux heures consécutives »] Sur question du Président, après une semaine ou deux de stage à l'ORIF, mon taux d'activité est passé à 50%. C'était l'après-midi du lundi au jeudi de 13h00 à 16h00 ou 16h30, sauf erreur, et le vendredi c'était de 07h30 à 12h00. Pour ce taux de 50%, je faisais deux à trois pauses de quinze à vingt minutes ; mais ce qui est indiqué dans le rapport de l'ORIF, c'est-à-dire en moyenne une à deux fois pendant quinze à vingt minutes, doit être juste ». Par ailleurs : « Sur question de [mon avocate], même au repos dans une position assise et confortable mes douleurs persistent, même si elles sont un peu moins fortes que si je marche ou j'effectue une tâche. [À la ligne] S'agissant de ma vie quotidienne, le matin j'ai parfois tellement de douleurs que je n'arrive pas à mettre mes chaussettes ou mon caleçon sans l'aide de mon épouse, car je dois me baisser et cela me fait très mal. Ensuite dans le courant de la journée, cela va un peu mieux mais les douleurs sont toujours présentes ».

À teneur de son témoignage, le Dr I_____ avait vu le recourant seulement deux fois, la première en octobre ou décembre 2022 et la seconde en janvier 2023, ces consultations portant uniquement sur la hanche gauche ; l'intéressé lui était envoyé par son confrère le Dr C_____ pour un avis sur sa hanche concernant la question d'une éventuelle mise en place d'une prothèse totale sur la hanche gauche. Selon ledit témoin : « Indépendamment de l'infiltration, le patient pouvait vivre selon moi tant bien que mal dans son quotidien, c'est-à-dire avec un fond douloureux ne l'empêchant néanmoins pas de se déplacer ». En outre, toujours d'après le Dr I_____, qui déclarait s'être concentré sur la problématique de la hanche, et sur la base de ses observations cliniques et du dossier radiologique obtenu lors de ses deux consultations mais sans un suivi à long terme : « Dans ces conditions un travail de force n'était pas adapté à cause des douleurs et des risques de chute. Pouvait en revanche être adaptée une activité sans port de charges (3 à 5 kg maximum) avec des déplacements limités avec une variation des positions de travail (assis/debout et petits déplacements). Dans une telle activité adaptée, sa capacité de travail était d'environ 60 à 80%. Ce taux entre 60 et 80% dépend selon moi du type d'activité : par exemple avec des tâches simples ça pourrait être un 80% et sur des tâches sur lesquelles il y a une nécessité de concentration plus importante ça serait plutôt 60% (en raison des douleurs). Une activité adaptée impliquerait selon moi de dix à quinze minutes toutes les deux heures ; ce temps

de pause est inclus dans le taux de capacité que j'ai indiqué avant de 60 à 80% ». Ce taux de capacité de travail de 60 à 80% incluait la question du rendement. Puis : « La nécessité de changer de position à une fréquence qui dépend du type d'activité. Pour une activité de huit heures par jour cela pourrait être un changement de position toutes les deux heures. [À la ligne] Par tâches simples permettant un 80%, je pense, en lien avec la hanche gauche, à une activité de déplacement de colis, d'emballage ou rangement de colis, par exemple, et ce en alternant les positions assise, debout et en marchant ». Enfin : « Concernant l'arthrose, je ne sais pas si le patient en avait avant l'accident. Une fracture intra-articulaire du cotyle comme ici après l'accident est de nature à causer ou accélérer un processus d'arthrose. Sont causes des douleurs ici l'arthrose et très certainement aussi l'aspect traumatique et chirurgical (ostéosynthèse du cotyle) qui peut également avoir un impact sur les douleurs ; concernant cet aspect il peut y avoir des adhérences douloureuses au niveau intra-pelvien à la suite de l'accident et de l'opération. [À la ligne] Je n'ai pas noté d'évolution entre mes deux consultations ; c'était relativement stable ».

j. Le 25 mars 2024, l'intimé a présenté des observations à la suite de cette audience.

Était annexée une « appréciation médicale » du 22 mars 2024 du Dr E_____ se déterminant sur les propos du Dr I_____. Contrairement à ce qui avait été énoncé par ce dernier, le médecin d'arrondissement, se fondant notamment sur les rapports de la CRR, contestait une baisse de rendement et une nécessité de pauses particulières durant la journée de travail, de même, contrairement à ce qu'avait déclaré le recourant, une diminution de rendement en cas de prise de Tramadol ; il précisait également son appréciation au sujet de l'alternance des positions assise et debout. En outre, concernant les adhérences dont avait fait état le Dr I_____, le Dr E_____ admettait que de telles adhérences puissent survenir ; selon lui toutefois, la situation d'espèce était incompatible avec celles-ci compte tenu du caractère aspécifique et multifactoriel des douleurs ainsi que des examens réalisés à la CRR. Au demeurant, avant de rédiger cette « appréciation médicale », ledit médecin d'arrondissement avait procédé à un nouvel examen de l'imagerie médicale du dossier ; ainsi, en examinant les lombaires en marge du CT-Scanner de la hanche, il trouvait une explication possible aux douleurs : la présence d'une éventuelle pathologie dégénérative au niveau lombaire irradiant dans la hanche, laquelle n'avait pas encore été réellement investiguée.

k. Le 26 mars 2024, le recourant s'est exprimé à la suite de l'audience, sans formuler d'observations particulières.

Le 26 juillet 2024, après des prolongations de délai, il a contesté le contenu de « appréciation médicale » du 22 mars 2024 du Dr E_____, et il a produit un rapport du 4 juillet 2024 du Dr I_____. De l'avis du recourant, une expertise médicale judiciaire était nécessaire pour clarifier la situation médicale.

Ce dernier rapport du Dr I_____ faisait suite à une consultation du 10 juin 2024, avec examen clinique et bilan radiologique, mais ne répondait pas à la demande du conseil de l'assuré de lui faire part de son opinion médicale au sujet de la dernière « appréciation médicale » du Dr E_____. Selon le chirurgien orthopédiste I_____, le patient présentait toujours des douleurs au niveau inguinal à la face postérieure de la hanche sur une arthrose probablement d'origine post-traumatique ; les douleurs restaient un handicap quotidiennement avec des réveils nocturnes, une raideur matinale, et une position assise qui est inconfortable, et tous les mouvements étant inconfortables. Le bilan radiologique du jour mettait en évidence une coxarthrose modérée à avancée à gauche. Il y avait deux possibilités, soit essayer une nouvelle infiltration, mesure qui n'avait pas donné de bons résultats lors de l'essai du « 22.06.2024 » (*recte* : fin 2022-début 2023), soit aller de l'avant avec une prise en charge chirurgicale de type prothétique, le patient souhaitant réfléchir quant à ces deux options puis revenir vers ledit spécialiste une fois sa décision prise.

Le 18 septembre 2024 a été communiqué à la chambre de céans un courriel adressé par le Dr I_____ au conseil du recourant et l'informant que ce dernier, après réflexion, avait décidé de se faire opérer, l'opération étant prévue le 14 novembre 2024. Selon ladite avocate, il s'agirait d'une prise en charge chirurgicale de type prothétique.

I. Après en particulier consultation dudit bilan radiologique du 10 juin 2024, le médecin d'arrondissement E_____ a, par « appréciation médicale » du 26 septembre 2024, persisté dans ses positions. Sur question de la caisse et au regard des nouvelles pièces du dossier, il confirmait le taux d'atteinte à l'intégrité de 20%. En outre il émettait notamment des constatations et appréciations relatives à la question d'un SPECT-CT remontant sur la colonne lombaire jusqu'aux limites de L2. D'après lui, « il [n'existait] aucune progression objective de la coxarthrose très modérée initiale et l'hypothèse que la hanche soit douloureuse ne [restait] qu'une hypothèse, qui ne [pouvait] se contenter dans ce cas de clichés simples mais [devait] être étayée ». L'analyse du dossier accréditait l'idée que la pathologie au niveau de la hanche n'avait pas été explorée de façon complète pour qu'on puisse rattacher les troubles à une causalité naturelle en vraisemblance prépondérante liée à l'événement (l'accident du 13 avril 2019), les douleurs alléguées n'étant à ce stade aucunement démontrées comme provenant de la hanche même si elles s'y projetaient ; il était en effet très classique d'avoir des projections identiques dans les compressions radiculaires sur les racines L2, L3, voire L4 ; « la colonne lombaire [n'avait] pas été explorée en vue d'un diagnostic différentiel, les causes intra-abdominales ou pelviennes, toutes les pathologies lombaires, sciatiques, crurales ». Ce manque ne permettait pas d'objectiver une atteinte en causalité naturelle et en vraisemblance prépondérante de la hanche gauche ; « la douleur [était] certes persistante maintenant, relevée depuis début 2020, mais de façon quasi identique certes

invalidante, alors que la fracture était parfaitement réduite et minéralogiquement consolidée ». Toujours selon le Dr E_____, « en conclusion, aujourd’hui il [n’existait] aucune évaluation objective ni diagnostic objectif qui permette de conclure à ce que la hanche soit atteinte et responsable exclusivement des douleurs ». Ainsi, à son avis, la prothèse de la hanche n’était en l’état aucunement une solution étayée, en particulier par un diagnostic reposant sur des preuves suffisantes, pour être mise en place, et ne pourrait le cas échéant être prise en considération qu’au titre d’une rechute.

Cette appréciation était faite sienne par la SUVA dans une écriture du 11 octobre 2024. Selon celle-ci, « dans la mesure où la colonne lombaire [n’avait] pas été explorée et quand bien même une atteinte à ce niveau [n’était] manifestement pas en lien avec l’accident, la SUVA [allait] exceptionnellement prendre en charge les examens utiles, en particulier une IRM et un SPECT-CT de la colonne lombaire, à titre exploratoire et à bien plaisir. [À la ligne] Cette prise en charge [aurait] lieu dans le contexte de l’examen du droit du recourant à d’éventuelles prestations d’assurance dans le contexte d’une rechute (...) et [n’aurait] pas d’incidence sur la procédure judiciaire en cours », une telle éventuelle modification de l’état de fait étant en tout état de cause postérieure au prononcé de la décision sur opposition querellée.

m. Par écriture du 5 décembre 2024, le recourant, se référant notamment à un rapport du 20 novembre 2024 du Dr I_____, a estimé que son état de santé ne permettait pas de déclarer qu’il disposerait d’une quelconque capacité de travail, même en cas de nécessité d’une prothèse de la hanche, et il a persisté dans sa requête d’expertise médicale judiciaire.

À teneur de ce dernier rapport du Dr I_____, les dernières conclusions du Dr E_____ étaient « justes, même si impartis » (*sic*). Le pourcentage des douleurs relatifs à la hanche n’était pas forcément exclusif à cette partie du corps, vu des douleurs au niveau rachis lombaire avec une composante clairement neurogène et mécanique. Selon le Dr I_____, « la mise en place d’une prothèse aiderait le patient, sans toutefois résoudre le 100% de ses problèmes. Est-ce que ces problèmes sont liés qu’à son accident ou à son métier de déménageur pendant plusieurs années, ceci reste la question centrale dans le cas de [l’intéressé]. Une atteinte dégénérative est à prendre en considération, une atteinte dégénérative post-traumatique est également [de l’avis dudit spécialiste] à l’origine des douleurs ». Était enfin confirmée la présence d’une pathologie coxale, certainement en partie liée à l’accident de l’intéressé.

n. Par observations du 17 janvier 2025, l’intimée a produit les documents médicaux qui suivent.

Dans une « appréciation médicale » du 16 janvier 2025, le médecin d’arrondissement E_____ se déterminait sur le rapport du 20 novembre 2024 du Dr I_____ précité, de même que sur les images d’une scintigraphie osseuse en

trois phases et SPECT-CT réalisée le 7 novembre 2024 et objet d'un rapport adressé au médecin d'arrondissement le même jour par la docteure L_____, spécialiste en médecine nucléaire, qui concluait à une « scintigraphie osseuse 3 phases avec SPECT-CT tardif ne mettant pas en évidence d'hyperhémie ni d'hyperfixation significatives en périphérie du matériel d'ostéosynthèse de la branche ilio-pubienne et de l'arrière-fond du cotyle gauche » – documents que le Dr E_____ indiquait avoir communiqués au Dr I_____ le 20 novembre 2024 –. Ledit médecin d'arrondissement se prononçait aussi sur une IRM de la colonne lombaire réalisée le 11 novembre 2024 par le docteur M_____, radiologue, accompagnée d'un rapport établi le même jour par ce spécialiste, qui concluait à : « Données IRM lombaires illustrant une spondylarthrose lombaire débutante, sans argument en faveur d'une hernie discale, d'un conflit disco-radulaire, d'un canal lombaire étroit, ou encore d'une sténose foraminale serrée. Hémangiome du corps vertébral de L2 sans valeur pathologique ». Selon le Dr E_____, l'examen de scintigraphie osseuse du 7 novembre 2024 était tout à fait normal et correspondait à une ancienne scintigraphie, et il ne modifiait ainsi pas ses conclusions selon lesquelles, au « plan assécurologique, il [n'existait] aucune causalité en vraisemblance prépondérante pour une atteinte de hanche qui nécessiterait la mise en place d'une prothèse de hanche ». À la suite du dernier examen de scintigraphie osseuse, le Dr I_____ avait du reste suspendu la réalisation de la prothèse totale de hanche. À la dernière question « Avez-vous d'autres remarques à formuler dans ce dossier ? », le médecin d'arrondissement répondait : « Le suivi du cas et de nouveaux éléments objectifs présentés dans ces cas complexes peuvent toujours être analysés dans le cadre d'une rechute ».

Dans son écriture du 17 janvier 2025, l'intimée maintenait ses conclusions en rejet du recours. Elle estimait en effet entre autres : « En l'occurrence, il est indéniable que l'assuré souffre encore des suites de son accident, raison pour laquelle la SUVA et ses médecins lui ont reconnu des limitations fonctionnelles. Pour autant, il apparaît qu'il n'y a plus de traitement qui permette d'améliorer notablement cet état, uniquement de soulager les douleurs. Dans ce type de situation, le cas doit être considéré comme stabilisé » ; en outre : « (...), s'il est clair que, en raison de son accident et de ses suites, l'assuré ne peut plus travailler en tant que déménageur mais doit trouver une activité adaptée, les restrictions et la capacité de travail reconnue dans une activité adaptée ne doivent, pour autant, pas être basées sur les douleurs alléguées – quand bien même elles seraient importantes et handicapantes – mais uniquement sur les observations médicales », les limitations fonctionnelles afférentes à la hanche et à l'épaule gauche étant ensuite rappelées. Par ailleurs, d'après la caisse, en tant que les plaintes douloureuses de l'intéressé à la hanche gauche ne concordaient avec les éléments somatiques objectifs, elles relevaient possiblement de troubles de nature psychique, mais l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les plaintes psychiques et l'accident ne s'avérait, à la suite d'un examen des critères sur ce point, pas rendue vraisemblable.

o. Par écriture du 6 mars 2025 – transmise le 10 mars 2025 pour information à l'intimée par la chambre des assurances sociales –, le recourant a précisé ne pas avoir renoncé à la pose d'une prothèse, qui restait selon lui nécessaire, et a dès lors contesté en particulier « la conclusion intermédiaire de la SUVA selon laquelle son état se serait stabilisé ». Il a par ailleurs contesté les assertions de l'intimée relatives à une absence de causalité adéquate entre l'accident et des troubles psychiques, estimant ce qui suit : « Ainsi, si, par impossible, la [chambre de céans] venait à retenir que les douleurs du recourant provenaient essentiellement de troubles psychiques, il conviendrait, au vu des circonstances du cas d'espèce, de retenir que l'accident du recourant du 13 avril 2019 était de gravité moyenne. Par conséquent, [il] aurait droit, même dans cette hypothèse, à des prestations LAA ».

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 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 trente jours – prévus par la loi, le recours est recevable sous ces angles (art. 38 al. 4 56 ss LPGA et 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), la question de la recevabilité – remise en cause par l'intimée – des conclusions afférentes à l'IPAI devant être examinée plus bas.

2.

2.1 Aux termes de l'art. 6 LAA, si la présente loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Est réputé accident 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).

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).

2.2 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).

2.3 Conformément à l'art. 18 al. 1 LAA – dans sa teneur en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017 mais antérieure au 31 décembre 2023, seule applicable ici (*cf. a contrario*, les dispositions transitoires de l'art. 118 al. 2 let. c 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 (« avant l'âge de référence » selon la version en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2024, qui renvoie à l'âge de 65 ans révolus fixé par l'art. 21 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 [LAVS - RS 831.10]).

En vertu de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 – selon la version légale en vigueur dès le 1^{er} janvier 2021 – 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, en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). Aux termes de 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. 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.

Selon la jurisprudence, lorsqu'une personne assurée est capable de travailler à plein temps mais avec une diminution de rendement, celle-ci est prise en considération dans la fixation de la capacité de travail. Il n'y a pas lieu, en sus, d'effectuer un abattement à ce titre (arrêt du Tribunal fédéral 9C_780/2023 du 23 avril 2024 consid. 6 et les références).

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).

Le taux d'invalidité doit être arrondi au pourcentage supérieur ou inférieur selon les règles mathématiques reconnues. Si le résultat est inférieur ou égal à x.49%, il convient donc de l'arrondir à x%. Cela vaut également dans l'assurance-accidents, même si l'arrondi à l'unité supérieure ou inférieure (hormis la valeur de référence de 10% [cf. art. 18 al. 1 LAA]) représente une perte ou un gain de quelques francs sur le montant mensuel de la rente (ATF 131 V 121 consid. 3.2. et 3.3 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_167/2022 du 18 août 2022 consid. 5.4).

2.4 À teneur de l'art. 19 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'AI ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (al. 1). Le droit à la rente s'éteint lorsque celle-ci est remplacée en totalité par une indemnité en capital, lorsqu'elle est rachetée ou lorsque l'assuré décède (al. 2). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur la naissance du droit aux rentes lorsque l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, mais que la décision de l'AI quant à la réadaptation professionnelle intervient plus tard (al. 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'AI 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).

Selon la jurisprudence, la question de la suspension des indemnités journalières et du traitement médical d'une part, et de l'examen des conditions du droit à la rente et de l'IPAI d'autre part, forment un seul objet du litige (ATF 144 V 354 consid. 4.2 et les références), de sorte que l'assureur n'est pas tenu de rendre deux décisions distinctes. Lorsque l'assureur rend une décision formelle de refus de droit à la rente, il y a lieu d'admettre qu'il refuse également formellement la poursuite du versement de l'indemnité journalière et de la prise en charge du traitement médical (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_619/2018 du 7 mars 2019 consid. 3.3).

En vertu de l'art. 30 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) – adopté vu l'art. 19 al. 3 LAA et

intitulé « rente transitoire » –, lorsqu'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, mais que la décision de l'AI concernant la réadaptation professionnelle n'interviendra que plus tard, une rente sera provisoirement allouée dès la fin du traitement médical ; cette rente est calculée sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment-là. Le droit s'éteint : dès la naissance du droit à une indemnité journalière de l'AI (let. a) ; avec la décision négative de l'AI concernant la réadaptation professionnelle (let. b) ; avec la fixation de la rente définitive (let. c).

L'octroi d'une rente provisoire suppose notamment qu'un droit à des mesures de réadaptation professionnelle de l'AI soit sérieusement envisagé. Tel est le cas lorsque, au moment où l'assureur-accidents rend sa décision sur opposition, l'AI n'a pas encore statué de manière définitive sur des mesures de réadaptation professionnelle qui sont en cours d'examen (arrêts du Tribunal fédéral 8C_90/2024 du 5 août 2024 consid. 4.1.1 et la référence citée ; 8C_347/2014 du 15 octobre 2014 consid. 3.2). Par ailleurs, la décision de l'AI à venir doit porter sur des mesures qui sont de nature à influencer le taux d'invalidité déterminant pour la rente de l'assurance-accidents (arrêts du Tribunal fédéral 8C_90/2024 précité consid. 4.1.1 et la référence citée ; 8C_424/2023 du 21 février 2024 consid. 5.2 ; 8C_374/2021 du 13 août 2021 consid. 4.3.1 et les références).

2.5 Conformément à l'art. 24 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 (IPAI ; al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé. Le Conseil fédéral peut fixer la naissance du droit à un autre moment dans les cas spéciaux, notamment en cas d'atteinte à la santé liée à l'inhalation de fibres d'amiante (al. 2).

S'agissant du montant, l'art. 25 LAA précise que l'IPAI 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 (al. 1). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

En vertu de l'art. 36 OLAA, 1 une 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 (al. 1). L'IPAI est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 (al. 2).

L'IPAI 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). Elle 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. 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, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (ATF 115 V 137 consid. 1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.2 et les références ; 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références).

2.6 La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

2.6.1 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (*cf.* art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

2.6.2 Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière

d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

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

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_691/2021 du 24 février 2022 consid. 3.4).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes mêmes faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.6).

Selon une jurisprudence constante, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la SUVA sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_626/2021 du 19 janvier 2022 consid. 4.3.1 et les références).

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

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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

- 3.** En l'espèce, la question du droit du recourant à une rente d'invalidité et le cas échéant de son montant sera examinée dans un premier temps, la recevabilité des conclusions y afférentes n'étant pas contestée par l'intimée. Ensuite, dans un second, sera effectué un examen portant sur la conclusion de l'intéressé concernant l'IPAI, dont la recevabilité est remise en cause par la caisse.

3.1 Il est incontesté par les parties qu'à partir du 1^{er} juillet 2021 (lendemain du 30 juin 2021 au soir), il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du

traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (*cf.* lettre de la SUVA du 12 février 2021), ce qui a justifié la cessation du versement des indemnités journalières et du traitement médical d'une part et l'examen des conditions du droit à la rente et de l'IPAI d'autre part.

Pour des raisons inconnues, la caisse apparaît néanmoins avoir versé des indemnités journalières jusqu'au 31 août 2021 (*cf.* le document de son dossier n° 215 du 8 septembre 2021). Ceci ne remet toutefois pas en question une stabilisation de l'état de santé au 1^{er} juillet 2021 ni la nécessité de l'examen des conditions du droit à la rente et de l'IPAI à partir de cette date.

3.1.1 Il est au demeurant exact de considérer que, dès le 1^{er} juillet 2021, il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré.

En effet, ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). L'amélioration que doit amener une poursuite de traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures – comme une cure thermale – ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_642/2023 du 20 mars 2024 consid. 3.1.1 et la référence). Il faut en principe que l'état de santé de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C_591/2022 du 14 juillet 2023 consid. 3.2 et la référence).

Or, en l'occurrence, aucun avis des médecins qui ont traité le recourant – que ce soient le service orthopédique des HUG, le Dr C_____ ou le Dr I_____ – n'ont ni en 2021, ni même en 2022 ou 2023, fait état d'une utilité d'une poursuite ou introduction d'éventuels traitements médicaux qui auraient pu améliorer l'état de santé du patient, ce sous l'angle prospectif, selon ce qu'ils savaient et pouvaient alors savoir et prévoir.

3.1.2 Certes, dès septembre 2020 (*cf.* rapports du Dr E_____ du 15 septembre 2020 et du Dr C_____ du 30 novembre 2020) a été posée la question de l'opportunité de la mise en place d'une prothèse totale de la hanche, mais une éventuelle décision au sujet d'une telle opération chirurgicale, qui ne pourrait constituer qu'un dernier recours (*cf.* notamment rapport du Dr I_____ du 20 janvier 2023), a été reportée. Cette prothèse totale de la hanche n'a été

sérieusement envisagée puis prévue que dès l'été 2024 (*cf.* rapport du Dr I _____ du 4 juillet 2024 et acceptation de l'intéressé le 18 septembre 2024), mesure dont le bien-fondé a été contesté les 26 septembre 2024 et 16 janvier 2025 par le médecin d'arrondissement E_____.

Cela étant, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement – ici au 3 mars 2023 (date du prononcé de la décision sur opposition querellée) –, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (*cf.* ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

Il s'ensuit que les questions autour de la pose d'une éventuelle prothèse totale de la hanche ne peuvent pas être examinées dans le cadre de la présente procédure de recours, ce d'autant moins qu'elles ne font pas l'objet d'éventuelles conclusions de recours. De telles questions pourraient tout au plus relever d'une éventuelle rechute ou séquelle tardive (*cf.* art. 11 OLAA ; ATF 123 V 137 consid. 3a ; 118 V 293 consid. 2c et les références).

3.1.3 Pour le reste, la mesure de réadaptation organisée par l'AI, sous forme de mesure d'orientation professionnelle auprès de l'ORIF du 27 septembre 2021 au 28 février 2022, ne s'oppose pas à l'application de l'art. 19 al. 1 LAA au 1^{er} juillet 2021, vu notamment l'art. 30 al. 1 OLAA (par délégation de l'art. 19 al. 3 LAA).

3.2 Pour ce qui est de la question du droit éventuel à une rente d'invalidité selon l'art. 18 al. 1 LAA, et plus précisément de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles, les pièces du dossier laissent apparaître ce qui suit.

3.2.1 Selon l'intimée, et concernant la hanche et l'épaule gauche, dès le 18 janvier 2021 (*cf.* rapport dudit jour du Dr E_____), l'incapacité de travail n'est plus justifiée, l'activité professionnelle habituelle de déménageur n'étant toutefois plus exigible. Ainsi, selon la caisse, la capacité de travail est de 100% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles qui suivent.

Aux limitations fonctionnelles initialement retenues par le médecin d'arrondissement (18 janvier 2021) en ont été ajoutées d'autres par la CRR (29 décembre 2022). Ces limitations telles qu'admises par la CRR ainsi que par le Dr E_____ (16 février 2023) et la SUVA, sont ainsi, pour la hanche : le travail statique en position debout prolongée, les déplacements rapides et/ou fréquents et/ou prolongés, le piétinement ainsi que le port de charges lourdes (de plus de 15 kg) ; pour l'épaule gauche : tout travail nécessitant une élévation rapide ou

fréquente en direction de l'horizontal, tout travail le bras au-dessus de l'horizontal, « tout soulèvement de charges de plus de 15 kg et en direction de l'horizontal au maximum 10 kg s'il s'agit de soulèvements en élévation et en porte-à-faux » ; tout soulèvement répétitif de charges de plus de 5 à 10 kg au-dessus des épaules et en porte-à-faux ; une activité sédentaire est à privilégier.

De manière non contestée, peuvent être considérées comme adaptées les activités exercées dans le cadre de la mesure d'orientation professionnelle auprès de l'ORIF (du 27 septembre 2021 au 28 février 2022), à savoir le vitrail, la menuiserie, la pyrogravure, la soudure à l'étain, l'électronique, le montage lego, le montage mécanique d'un moteur, la préparation de commandes pour des caisses à outils, la peinture pour l'application de vernis et la mosaïque, voire aussi le métier d'opérateur en sous-traitance horlogère, de même que les tâches accomplies au sein des ateliers professionnels de la CRR, c'est-à-dire la création de dossiers administratifs (consistant à « insérer une ou deux feuilles et un répertoire dans des dossiers suspendus, sécurisés par flexofil », niveau de charge léger, en-dessous du plan de l'épaule, en position debout).

3.2.2 Pour ce qui est des avis des médecins ayant traité l'intéressé, selon le dernier rapport circonstancié du Dr C_____ (20 juin 2022), qui considère l'« appréciation médicale » du Dr E_____ du 18 janvier 2021 comme « tout à fait adéquate », la capacité de travail du patient dans une activité bien adaptée telle que proposée dans le rapport de l'ORIF et avec des pauses adéquates dans la journée pourrait être complète. S'agissant d'activités industrielles légères de type conditionnement, de contrôle de qualité ou encore en tant qu'ouvrier de montage ou opérateur en sous-traitance horlogère, il semble, « d'après le rapport de l'ORIF et après son évaluation par une équipe spécialisée dans le domaine », que le plus grand problème pour la reprise du travail par l'intéressé est la difficulté d'assumer la même position pendant une période prolongée, qu'elle soit en station debout ou assise ; « à cause de sa douleur de la hanche, [le patient] a besoin d'alterner des positions assez souvent et visiblement de prendre des pauses régulièrement dans la journée » (20 juin 2022).

Selon le Dr I_____, qui a dans les faits succédé au Dr C_____ pour le traitement orthopédique de l'assuré, peut être adaptée une activité sans port de charges (3 à 5 kg maximum) avec des déplacements limités et avec une variation des positions de travail (assis/debout et petits déplacements). Dans une telle activité adaptée, sa capacité de travail pourrait être de 80% pour des tâches simples (par exemple une activité de déplacement de colis, d'emballage ou rangement de colis, et ce en alternant les positions assise, debout et en marchant), mais de 60% pour des tâches sur lesquelles il y a une nécessité de concentration plus importante (en raison des douleurs). Une activité adaptée impliquerait selon ce chirurgien orthopédiste traitant de 10 à 15 minutes toutes les 2 heures, temps de pause inclus dans le taux de capacité de travail de 60 à 80% susmentionné, lequel taux incluant à son tour la question du rendement. La fréquence de la nécessité de

changer de position dépendrait du type d'activité ; pour une activité de 8 heures par jour, cela pourrait être un changement de position toutes les 2 heures (témoignage du 5 mars 2024).

Ainsi, les Drs C_____ et I_____ sont en grande partie d'accord avec le médecin d'arrondissement E_____ et la CCR. Les principales différences sont que, d'après ces chirurgiens orthopédistes traitants (en partie C_____ et surtout I_____), le port de charges ne pourrait pas dépasser 3 à 5 kg, que ce soit de manière répétée ou isolée, et il devrait y avoir une alternance non seulement par rapport à la position debout mais aussi assise et même (de manière générale) statique, le patient devant pouvoir à certains moments marcher mais pas longtemps. Dernière différence essentielle : de l'avis de ces deux spécialistes, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles ainsi complétées, dans des tâches simples sans nécessité de concentration, il y a un besoin de pauses régulières durant la journée, ce qui est inclus dans la baisse de rendement de 20% retenue par le Dr I_____.

3.2.3 Ces appréciations des Drs C_____ et I_____ sont compatibles avec les observations faites par l'ORIF selon le rapport d'intégration socioprofessionnelle établi le 18 mars 2022 par ce dernier. Y sont rapportées des douleurs fortes pendant les journées et les nuits, ainsi que la nécessité, pour un 100%, d'une fréquence quotidienne de moments de repos – pauses régulières – entre trois et quatre fois et jusqu'à 30 minutes, plus important que lorsqu'il est passé à 50% avec alors des pauses régulières d'une à deux fois 15 à 20 minutes par demi-journée.

En audience (5 mars 2024), le recourant se déclare dans l'ensemble d'accord avec ces observations de l'ORIF, précisant avoir effectué, pour le 100% et par jour (de 8 heures selon les souvenirs), quatre pauses pendant 25 à 30 minutes.

Par ailleurs, toujours selon le rapport de l'ORIF précité, s'agissant des modules ou secteurs précis, dans le « module soudure à l'étain », l'intéressé « a pu réaliser le travail sans trop de difficultés, néanmoins, il a dû se lever régulièrement pour se détendre, car une position principalement assise ne lui est pas favorable. Il doit également utiliser un repose-pied pour soulager les douleurs de la hanche » ; dans le « module vitrail », « il a pu réaliser le travail, néanmoins, l'activité demande un changement de position assise / debout fréquent, ce qui lui a été plus difficile. Il a dû observer plusieurs pauses pour se détendre. Il doit également utiliser un repose-pied pour soulager des douleurs à la hanche lors des positions assises ». Il en ressort qu'une position prolongée peut être problématique, mais aussi un changement fréquent de positions assise / debout, ce qui tend à montrer qu'un équilibre entre les positions (y compris quant à leurs durées) est complexe à trouver et que les douleurs surviennent après un certain moment quelles que soient les tâches et positions.

À cet égard, à teneur de l'évaluation effectuée par la CRR « durant des périodes allant jusqu'à 2 heures consécutives, à des activités très légères, de moins de 5 kg », « l'activité légère réalisée est bien tolérée » ; toutefois, « on retrouve [...] des douleurs limitantes au niveau du membre supérieur gauche lors des activités répétitives » (rapport de synthèse du 29 décembre 2022), respectivement, « sur la durée, la force nécessaire pour insérer les fermoirs engendre des douleurs à son membre supérieur gauche », cette évaluation étant cependant trop courte pour que les médecin et responsable d'ateliers puissent se prononcer sur le potentiel professionnel résiduel (« rapport de la phase initiale – ateliers professionnels » du 5 décembre 2022).

L'apparition – selon lesdits rapports de de la CRR – de « douleurs limitantes » après une certaine durée, de moins de 2 heures à tout le moins, est compatible avec les observations de l'ORIF, en particulier la nécessité d'effectuer des pauses régulières, au moins toutes les 2 heures.

3.2.4 Le médecin d'arrondissement E_____, dans son « appréciation médicale » du 2 mai 2023, indique prendre connaissance pour la première fois du rapport de l'ORIF du 18 mars 2022 au sujet duquel il écrit notamment « En conclusion, le status douloureux de l'assuré n'a pas de substratum objectif démontré pouvant expliquer les douleurs. (...) ». Selon lui, il n'y a « pas lieu de changer ce qui [avait] déjà été établi lors de [ses] appréciations précédentes, et en particulier celle issue finalement du rapport de sortie de la CRR ». Cependant, de manière quelque peu contradictoire avec ce qui précède, il se montre ouvert à admettre des limitations fonctionnelles complémentaires par rapport à celles qu'il avait énoncées le 18 janvier 2021. Il écrit en effet : « Nous notons toutefois que l'assuré a du mal à rester en position assise et qu'il a besoin de pauses complémentaires et donc qu'il faut faire une étude plus détaillée et actualisée des capacités fonctionnelles de l'assuré » ; plus bas : « Ces limitations fonctionnelles doivent être actualisées et étudiées en milieu spécialisé ». Ce alors même que la mesure d'orientation professionnelle auprès de l'ORIF – sur mandat de l'AI – apparaît précisément être un milieu spécialisé apte à établir des constatations et formuler des observations au sujet des limitations fonctionnelles. Quoiqu'il en soit, d'après le médecin d'arrondissement, dans une activité adaptée, « l'exigibilité est à 100% sans perte de rendement ».

Dans ses « appréciations médicales » – subséquentes – des 22 mars et 26 septembre 2024 ainsi que 16 janvier 2025, le Dr E_____ ne fait plus état d'une ouverture pour des limitations fonctionnelles complémentaires mais semble désormais considérer que les douleurs du recourant à la hanche reposeraient sur des fondements qualifiés parfois d'origine dégénérative plutôt que post-traumatique. En outre, selon lui, aucune évaluation objective ni diagnostic objectif ne permet de conclure à ce que la hanche soit atteinte et responsable exclusivement des douleurs.

Cela étant, malgré ces fluctuations d'avis, non clairement compréhensibles, le Dr E_____ ne remet pas en cause le fait que les limitations fonctionnelles admises par lui gardent un lien de causalité, même éventuellement partiellement, avec l'accident du 13 avril 2019 assuré, une partie importante de ses remarques concernant du reste la question de l'utilité ou nécessité d'une prothèse totale de la hanche, question qui ne fait pas partie de l'objet du présent litige (*cf.* plus haut).

Or, en vertu de l'art. 36 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident (al. 1). Les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité (IPAI) ainsi que les rentes de survivants sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident. Toutefois, en réduisant les rentes, on ne tiendra pas compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain (al. 2). Selon la jurisprudence, une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante – comme ici avec les prestations d'emblée versées par la SUVA après l'événement du 13 avril 2019 –, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n. U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n. U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n. U 363 p. 46). Par ailleurs, dans le contexte de la suppression du droit à des prestations d'assurance sociales, le fardeau de la preuve incombe en principe à l'assureur-accidents (*cf.* ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références).

Dans le cas présent, d'une part, le médecin d'arrondissement ne soutient pas qu'au degré de la vraisemblance prépondérante (*cf.* ATF 146 V 271 consid. 4.4), les causes accidentelles des atteintes à la santé du recourant à la hanche et à l'épaule gauche ne joueraient plus aucun rôle, ne serait-ce même que partiel (*cf.* ATF 142 V 435 consid. 1), et devraient ainsi être considérées comme ayant disparu (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_343/2022 du 11 octobre 2022 consid. 3.2 et les références).

D'autre part, dans son rapport du 18 septembre 2020 faisant suite au seul examen clinique auquel il a procédé, le Dr E_____ admet des causes organiques (orthopédiques) aux douleurs du recourant à la hanche et à l'épaule gauche. Ce n'est qu'à partir du son « appréciation médicale » du 2 mai 2023 qu'il estime que

le status douloureux de l'assuré n'aurait « pas de substratum objectif démontré pouvant expliquer les douleurs ». Il ne motive toutefois pas clairement ce changement d'appréciation, se contentant de formuler principalement d'autres hypothèses que celles envisagées jusqu'alors concernant les douleurs à la hanche. Notamment, selon lui, une explication possible aux douleurs serait la présence d'une éventuelle pathologie dégénérative au niveau lombaire irradiant dans la hanche, laquelle n'aurait pas encore été réellement investiguée. Certes, le rapport du 11 novembre 2024 du radiologue M_____, faisant suite à l'IRM de la colonne lombaire réalisée le même jour, semble confirmer l'existence d'atteintes à ladite colonne lombaire. De telles atteintes n'excluent toutefois pas en soi qu'elles puissent avoir un lien de causalité avec l'accident, ce même partiellement, comme le relève le Dr I_____ le 20 novembre 2024 en mentionnant une cause dégénérative et une autre post-traumatique pour expliquer les douleurs au niveau du rachis lombaire. Au demeurant, selon le rapport de synthèse du 29 décembre 2022 de la CRR – sur lequel la SUVA et le Dr E_____ se fondent pour asseoir leur position sans en remettre en cause à un moment donné son actualité –, « les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour (cf. liste diagnostics) » (en gras dans ledit rapport). Enfin, on ne voit pas sur quelle base le médecin d'arrondissement pourrait proposer – comme il le fait – une diminution d'intégrité découlant des atteintes à la hanche et à l'épaule gauche donnant droit à une IPAI sans reconnaître au préalable un substrat objectif.

Partant, les douleurs du recourant à la hanche et à l'épaule gauche ainsi que leurs conséquences, en termes de limitations fonctionnelles et de capacité de travail / rendement, sont rattachées, en causalité au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'accident du 13 avril 2019, ce qui n'exclut pas une éventuelle influence négative résiduelle de facteurs dégénératifs et/ou psycho-sociaux.

Important donc peu les éventuelles divergences entre le médecin d'arrondissement et le Dr I_____ au sujet notamment des adhérences, de l'origine des douleurs, y compris quant à leur lieu de provenance (hanche ou colonne lombaire, ou autre), ainsi que de la progression ou non d'une coxarthrose.

3.3 En définitive, en rapport de causalité – même le cas échéant partielle – avec l'accident en cause, les limitations fonctionnelles – indépendamment de la question des pauses – sont : pour la hanche : le travail statique en position debout ou assise prolongée – avec un besoin de changements de positions, y compris pour la marche, relativement réguliers mais pas trop fréquents –, les déplacements rapides et/ou fréquents et/ou prolongés, le piétinement ainsi que le port de charges lourdes (de plus de 15 kg) ; pour l'épaule gauche : tout travail nécessitant une élévation rapide ou fréquente en direction de l'horizontal, tout travail le bras au-dessus de l'horizontal, tout soulèvement de charges de plus de 15 kg (selon le médecin d'arrondissement E_____ et la CRR) – ou 5 kg (selon le Dr I_____) – et en direction de l'horizontal au maximum 10 kg – ou 3 à 5 kg – s'il s'agit de

soulevements en élévation et en porte-à-faux ; tout soulèvement répétitif de charges de plus de 5 à 10 kg – ou 3 à 5 kg – au-dessus des épaules et en porte-à-faux ; une activité sédentaire est à privilégier.

À ce stade de l'examen juridique du cas et au regard de l'ensemble des circonstances, il n'est pas déterminant de savoir précisément si le port de charges ne peut pas dépasser 15, 10, 5 ou 3 kg. En effet, comme cela ressort notamment des rapports de l'ORIF et de la CRR, de même que de la jurisprudence (*cf.*, à titre d'exemples qui se complètent, arrêts du Tribunal fédéral 8C_507/2022 du 28 novembre 2022 consid. 6.4 ; 8C_659/2021 du 17 février 2022 consid. 4.3.1 ; 8C_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.1.4 ; 8C_366/2013 du 18 juin 2013 consid. 4.2), il existe en tout état de cause un nombre suffisant d'emplois avec des charges suffisamment légères pour le recourant parmi les activités simples et répétitives du niveau de compétence 1 de l'ESS appliquée en l'occurrence par la SUVA pour la détermination du revenu d'invalidé.

À cet égard, concernant les limitations fonctionnelles, le rapport de la CRR « Évaluation des capacités fonctionnelles (version courte) », établi par une physiothérapeute diplômée à la suite d'une évaluation du 7 décembre 2022, mentionne une « autolimitation » uniquement pour le « lever du sol à hauteur de la taille "et relève que" la volonté de donner le maximum aux différents tests peut être considérée comme réelle et le niveau de cohérence pendant l'examen comme moyen ».

Il en découle que les limitations fonctionnelles retenues ci-dessus reposent sur des substrats organiques objectivés et que des facteurs psycho-sociaux défavorables ne pourraient avoir sur ce point qu'une influence faible.

3.4 Finalement, concernant la capacité de travail, doit encore être tranchée la question de savoir si, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées ci-dessus, le recourant subit ou non une diminution de rendement et, si oui, de quel pourcentage, en raison d'une baisse de performance et/ou d'une nécessité d'effectuer régulièrement des pauses.

3.4.1 Le premier chirurgien orthopédiste traitant C_____ a noté, le 9 novembre 2020 – soit avant les observations faites par l'ORIF à la suite de la mesure d'orientation professionnelle –, que la capacité de travail du patient dans une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles est de « 100% pour une activité sédentaire (bureau), dès maintenant ». Par la suite, le 20 juin 2022, ce spécialiste a estimé que capacité de travail dans une activité bien adaptée telle que proposée dans le rapport de l'ORIF et avec des pauses adéquates dans la journée pourrait être complète. Or de telles pauses ne seraient pas susceptibles de dépasser en termes de durée celles que l'assuré avait prises dans le cadre de la mesure d'orientation professionnelle. Quant au Dr I_____, il ne s'est prononcé au sujet de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles que bien après ladite mesure d'orientation professionnelle et après avoir pris connaissance selon toute

vraisemblance du rapport de l'ORIF ou à tout le moins des éléments essentiels de son contenu.

Ainsi, par leurs appréciations, ces chirurgiens orthopédistes traitants ne s'écartent aucunement des observations faites par l'ORIF mais montrent qu'ils dépendent de celles-ci en matière de fixation de la diminution de la capacité de travail ou du rendement.

3.4.2 Quant au médecin d'arrondissement E_____, il n'a pas contesté de manière précise et probante les observations effectuées par l'ORIF, mais il s'est montré dans un premier temps – le 2 mai 2023 – ouvert à celles-ci, avant de s'opposer à toute baisse de rendement sur la base d'arguments – absence de substrat objectivable – non fondés, comme vu plus haut.

3.4.3 Il résulte de ce qui précède que les observations effectuées par l'ORIF ne sont pas remises en cause de manière probante par les différents médecins qui se sont prononcés sur la situation de l'assuré.

Ainsi, la jurisprudence selon laquelle les appréciations des médecins l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne concernée pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_486/2022 du 17 août 2023 consid. 6.5 et la référence citée) ne s'applique pas ici.

Il convient au contraire de partir, pour l'examen ci-après de la question d'une éventuelle incapacité de travail – ou baisse de rendement –, des observations de l'ORIF complétées par celles de la CRR et par les avis médicaux pertinents.

3.4.4 Comme vu plus haut, sur la base des rapports de l'ORIF et de la CRR, apparaît établie l'apparition de « douleurs limitantes » après une certaine durée, de moins de 2 heures à tout le moins, d'où découle notamment la nécessité d'effectuer des pauses régulières, au moins toutes les 2 heures.

S'agissant tout d'abord des pauses, pour un emploi à 100%, et au regard de l'ensemble des circonstances, en particulier des observations effectuées par l'ORIF, compte tenu de la pause d'une durée suffisante pour manger à midi prévue en général par les employeurs, il apparaît raisonnable d'admettre une pause régulière de 30 minutes coupant la matinée et une autre de 30 minutes au milieu de l'après-midi, ce qui correspond à une pause en moyenne toutes les 2 heures. N'y change rien le fait que le Dr I_____ fait état d'un besoin de pauses de 10 à 15 minutes toutes les 2 heures, car il l'exprime pour un 60 ou 80%, donc dans le cas d'une baisse de rendement de déjà au moins 20% ; pour le reste, ce taux-ci apparaît être indiqué de manière trop imprécise pour être éventuellement admis.

Certes, selon l'avis du 6 juillet 2022 du SMR se référant à l'opposition formée par l'assuré contre le projet de l'OAI et au rapport du Dr C_____ du 20 juin 2022,

ses conclusions du 1^{er} juin 2021 restent valables ; néanmoins, il est possible d'admettre et d'ajouter les limitations fonctionnelles suivantes : « possibilité d'alterner les positions assis-debout et possibilité de pauses régulières. À raison de 4 pauses de 30 minutes chacune maximum (selon rapport ORIF du [18 mars 2022]), on peut admettre une baisse de rendement de 2 heures [par jour], soit 25% » ; ainsi, toujours d'après le SMR, la capacité de travail médico-théorique dans une activité adaptée était de 100% depuis le 17 novembre 2020 « avec possible baisse de rendement de 25% en raison de la nécessité de pauses régulières ». Cependant, selon la jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité (AI) n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_679/2020 du 1^{er} juillet 2021 consid. 5.1). Il est donc admissible d'évaluer l'invalidité de l'intimé indépendamment de la décision rendue en matière d'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.1). En l'occurrence, comme vu un peu plus haut, compte tenu d'une pause usuelle pour le repas de midi, on ne voit pas de nécessité de plus de deux pauses régulières de 30 minutes par jour.

Cela étant, ne peut être retenue ici, au titre de baisse de rendement, qu'une pause de 30 minutes. En effet, l'autre pause de 30 minutes est déjà prescrite par la loi, car, conformément à l'art. 15 de la loi fédérale sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce du 13 mars 1964 (LTr - RS 822.11), le travail sera interrompu par des pauses d'au moins une demi-heure, si la journée de travail dure plus de 7 heures (al. 1 let. b), les pauses comptant comme travail lorsque le travailleur n'est pas autorisé à quitter sa place de travail (al. 2).

Sur une journée de travail de 8 heures (480 minutes au total), 30 minutes représentent 6.25% ($(30 \times 100) / 480$).

Outre la question des pauses régulières, il ressort des observations de l'ORIF et de la CRR que les douleurs du recourant à la hanche et à l'épaule gauche entraînent, après une durée de travail de moins de 2 heures (donc avant les pauses et fins de journée), une gêne sérieuse dans les mouvements, un besoin de changer de position – limitation fonctionnelle retenue plus haut – susceptible de suspendre ou freiner provisoirement l'exécution une tâche et de réduire ainsi la performance (cf. notamment, dans ce sens, le rapport du 20 juin 2022 du Dr C_____ selon lequel, « à cause de sa douleur de la hanche, [le patient] a besoin d'alterner des positions assez souvent et visiblement de prendre des pauses régulièrement dans la journée »), ainsi que d'entraîner, selon le Dr I_____ et l'expérience générale de la vie, une légère diminution de la concentration.

Même s'il est difficile de chiffrer en nombre de minutes ou en pourcentage précis ladite part de diminution de rendement non constituée par les pauses régulières, il doit être considéré comme raisonnable qu'en moyenne, cette part soit égale à la

durée journalière des pauses déjà admise à concurrence de 30 minutes, ce qui donne en tout une baisse de rendement d'une heure par jour.

Les constatations et appréciations qui précèdent sont confirmées par le fait que, globalement, l'assuré a montré une bonne motivation et a accompli les efforts nécessaires dans les ateliers organisés par l'ORIF et la CRR.

Les facteurs psycho-sociaux défavorables, à savoir une « projection dans l'intégration professionnelle » seulement satisfaisants et une « élaboration d'un projet » faible selon l'ORIF et une kinésiophobie modérée, un catastrophisme élevé et une perception du handicap fonctionnel élevé (sous-estimation des aptitudes fonctionnelles, d'après l'évaluation des capacités fonctionnelles) d'après la CRR, apparaissent avoir qu'un impact très limité par rapport aux éléments factuels et objectifs de diminution de rendement tels que décrit ci-dessus.

Au regard de l'ensemble des circonstances particulières et en raison des atteintes somatiques, il convient d'admettre au total, par rapport à la moyenne des heures travaillées en Suisse de 41.7 heures, une diminution de rendement de 12% ($(5 \text{ heures de baisse de rendement pour cinq jours ouvrables par semaine} \times 100) / 41.7$) dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles retenues plus haut.

3.4.5 Par appréciation anticipée des preuves (cf. à ce sujet notamment ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d), une expertise médicale, qu'elle doive être mise en œuvre par la caisse (art. 44 LPGA) sur renvoi ou qu'il s'agisse d'une expertise judiciaire, ne serait pas nécessaire ou utile.

En effet, le fait que les rapports des Drs E_____, C_____ et I_____ ont tous une certaine valeur probante n'a pas empêché que, vu les circonstances particulières, la chambre de céans parvienne à aplanir les divergences pour arriver à des conclusions convaincantes au degré de la vraisemblance prépondérante. Les divergences entre les chirurgiens traitants et le médecin d'arrondissement de la SUVA sont en réalité d'ampleur limitée, et la diminution de rendement de 12% découle d'une conjonction de nombreux éléments et indices s'avérant, après une analyse détaillée, concordants et probants.

3.5 À la fin de la présente procédure de recours, les parties ont posé la question de l'existence d'éventuels troubles psychiques, en raison, selon l'intimée, de plaintes douloureuses de l'intéressé à la hanche gauche ne concordant pas avec les éléments somatiques objectifs, de même que la question du lien de causalité adéquate entre l'accident du 13 avril 2019 et lesdits troubles psychiques.

3.5.1 En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas

objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 134 V 109 consid. 2.1 ; 117 V 359 consid. 6 ; 117 V 369 consid. 4b ; 115 V 133 consid. 6 ; 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 140 V 356 consid. 3.2 ; 134 V 109 consid. 2.1 ; 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa). En cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'examen se fait en revanche sur la base de critères particuliers n'opérant pas de distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes, lorsque les symptômes attribuables de manière crédible au tableau clinique typique se trouvent au premier plan (ATF 134 V 109 consid. 10.3 ; 117 V 359 consid. 6a) ; toutefois, lorsque les troubles psychiques constituent une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique caractéristique habituellement associé aux traumatismes en cause, il y a lieu de se fonder sur les critères applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident (ATF 134 V 109 précité consid. 9.5 ; 127 V 102 consid. 5b/bb).

3.5.2 Dans le cas présent, ni des troubles psychiques ni un éventuel traitement au plan psychiatrique ne ressortent des allégués du recourant ou même du dossier.

En outre, comme considéré plus haut, les plaintes douloureuses de l'assuré ont pour une grande part un substrat organique objectivé.

Enfin, les facteurs psycho-sociaux défavorables mentionnés plus haut (une « projection dans l'intégration professionnelle » seulement satisfaisants et une « élaboration d'un projet » faible selon l'ORIF et une kinésiophobie modérée, un catastrophisme élevé et une perception du handicap fonctionnel élevé d'après la CRR) ne relèvent manifestement pas d'éventuelles atteintes psychiques, faute notamment d'une intensité suffisante.

Il n'y a dès lors pas de place ici pour une quelconque prise en compte d'éventuels troubles psychiques.

3.6 En conclusion, une incapacité de travail, sous forme de diminution de rendement, et incapacité de gain, de 12%, doit être reconnue dès le 1^{er} juillet 2021.

3.7 Ensuite, s'agissant de l'autre point objet du litige, la caisse fait valoir que la conclusion du recours de l'intéressé tendant à une IPAI supérieure à 20%, qui n'aurait selon elle pas été formulée dans l'opposition du 29 juin 2022 contre sa décision initiale, sortirait ainsi de l'objet du litige et serait irrecevable (cf. à ce sujet, notamment, arrêt du Tribunal 8C_736/2023 du 2 octobre 2024 consid. 5 et les références citées).

3.7.1 Cela étant, l'intimée semble ne pas avoir vu que le recourant a, dans son opposition, contesté non seulement la non-reconnaissance d'un droit à une rente d'invalidité mais « également le pourcentage de diminution d'intégrité ».

Il s'agit clairement d'une conclusion tendant au versement d'une IPAI au taux supérieur à 20%. Le fait que cette conclusion n'ait été formulée que dans l'écrit d'opposition du 16 juin 2022, sans être reprise dans le complément du 29 juin 2022, ne signifie nullement que l'assuré y aurait renoncé.

Le fait que la SUVA ne se soit pas prononcée sur cette conclusion en fixation d'une IPAI à un taux supérieur à 20% pourrait constituer un refus de statuer, constitutif d'un déni de justice au sens de l'art. 56 al. 2 LPGA (*cf.* Jean MÉTRAL, *in* Commentaire romand, LPGA, 2^{ème} éd., 2025, n. 48 *ad* art. 56 LPGA).

La procédure juridictionnelle administrative peut toutefois être étendue pour des motifs d'économie de procédure à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins. Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes : la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée ; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige ; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins ; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (ATF 130 V 501 consid. 1.2 et les références ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_736/2023 précité consid. 6.2.3 ; 9C_678/2019 du 22 avril 2020 consid. 4.4.1 et les références).

Dans le cas présent, la question du taux de l'IPAI est traitée dans l'« appréciation médicale » du 16 février 2023 du Dr E_____ qui précède le prononcé de la décision sur opposition attaquée. De surcroît, ledit médecin d'arrondissement, par « appréciation médicale » du 26 septembre 2024, sur question de la caisse et au regard des nouvelles pièces du dossier, confirme le taux d'atteinte à l'intégrité de 20%. Cette conclusion du Dr E_____ est implicitement adoptée par l'intimée, qui fonde son écriture du 11 octobre 2024 quasiment uniquement sur l'« appréciation médicale » du 26 septembre 2024 précitée.

Au regard de ces circonstances particulières, il serait contraire au principe d'économie de procédure de renvoyer la cause à la SUVA pour qu'elle statue sur cette conclusion tendant à la fixation d'un taux d'IPAI supérieur à 20%, mais il se justifie d'examiner au fond celle-ci ci-après, dans la mesure où elle est recevable vu l'absence de motivation à son appui.

3.7.2 Les trois « appréciations médicales » – des 18 janvier 2021, 16 février 2023 et 26 septembre 2024 – du Dr E_____ qui traitent de l'IPAI ont le même contenu sur ce point.

Selon le médecin d'arrondissement, en se référant à la table 2 de la SUVA concernant les atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs (table téléchargeable depuis « <https://www.suva.ch/fr-ch/download/fiches-thematiques/tableau-02---atteinte-a-l-integrite-resultant-de-troubles-fonctionnels-des-membres-inferieurs/standard-variante> »), la hanche du recourant est très partiellement bloquée et douloureuse, « sans qu'on soit certain qu'il s'agisse d'elle, mais probablement en vraisemblance prépondérante » ; le taux y est d'au maximum 30%. En réalité, étant donné que ce blocage est très limité, on retient seulement 5%. Concernant l'atteinte du membre supérieur gauche, il faut se référer à la table 1 – y afférente – de la SUVA (table téléchargeable depuis « <https://www.suva.ch/fr-ch/download/fiches-thematiques/tableau-01---atteinte-a-l-integrite-resultant-de-troubles-fonctionnels-des-membres-superieurs/standard-variante--2870/1.F> »). Pour une épaule mobile jusqu'à l'horizontale, le taux est de 15%. On additionne ce pourcentage à celui relatif à la hanche, ce sans pondération, compte tenu des atteintes différentes, pour parvenir à un taux de 20%.

3.7.3 Le recourant n'émet aucun grief précis à l'encontre de ce taux d'IPAI de 20%, qui est fixé de manière motivée par le médecin d'arrondissement de la SUVA.

Au demeurant, le taux de 5% pour la hanche apparaît cohérent par rapport au fait que l'atteinte restante à la hanche est, comme vu plus haut, la cause seulement d'une part de baisse de rendement et de limitations fonctionnelles réduite par rapport à celle relative à l'épaule gauche.

De surcroît, dans son rapport du 20 juin 2022, le Dr C_____ partage « parfaitement » l'estimation du Dr E_____ relativement à l'estimation de l'atteinte à l'intégrité.

Dans ces conditions, il n'y a pas matière à une remise en cause du taux d'IPAI de 20%, sans qu'une éventuelle expertise médicale sur ce point puisse avoir une quelconque utilité.

- 4.** Il reste à procéder à la détermination du degré d'invalidité, sur la base d'une comparaison des revenus sans et avec invalidité.

4.1 Chez les assurés actifs – comme c'est le cas en l'occurrence –, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.3.1).

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).

4.2 Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (cf. ATF 134 V 322 consid. 4.1). Il est néanmoins possible de s'écarter du salaire réalisé en dernier lieu lorsqu'on ne peut le déterminer sûrement, notamment lorsqu'il est soumis à des fluctuations importantes ; il faut alors procéder à une moyenne des gains réalisés sur une période relativement longue (arrêts du Tribunal fédéral 8C_2/2023 du 7 septembre 2023 consid. 3.2 et les références ; 8C_157/2023 du 10 août 2023 consid. 3.2 et la référence).

4.3 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 table TA1_skill_level de l'ESS repose sur un système de niveaux de compétence par branches économiques alors que la table T17 repose sur un système de groupes de professions organisé selon des niveaux de compétences homogènes pour chaque grand groupe (arrêt du Tribunal fédéral 8C_709/2023 du 8 mai 2024 consid. 6.2.1).

Il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1_tirage_skill_level, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_skill_level et non pas le tableau TA1_b (ATF 142 V 178). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a récemment

estimé qu'il n'y a pas de motif sérieux et objectif de modifier la jurisprudence selon laquelle la détermination du revenu d'invalidé sur la base des valeurs statistiques se fonde en principe sur la valeur centrale, respectivement médiane, de l'ESS (ATF 148 V 174 consid. 9.2.3 et 9.2.4). Il convient par ailleurs de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_801/2021 du 28 juin 2022 consid. 3.6).

4.4 En assurance-accidents, sur la base de la délégation législative de l'art. 18 al. 2 LAA, le Conseil fédéral a édicté l'art. 28 OLAA, qui contient des prescriptions particulières pour l'évaluation de l'invalidité dans des cas spéciaux.

L'art. 28 al. 4 OLAA dispose que si, en raison de son âge, l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative après l'accident ou si la diminution de la capacité de gain est due essentiellement à son âge avancé, les revenus de l'activité lucrative déterminants pour l'évaluation du degré d'invalidité sont ceux qu'un assuré d'âge moyen dont la santé a subi une atteinte de même gravité pourrait réaliser.

Cette disposition vise deux situations : premièrement, elle s'applique si l'assuré, en raison de son âge, ne reprend plus d'activité lucrative après l'accident (variante I). Les conditions de cette variante sont remplies lorsque l'assuré dispose, au terme du traitement médical, d'une capacité de travail résiduelle au moins partielle, mais ne la met plus en valeur à cause de son âge. C'est notamment le cas si l'assuré atteint l'âge légal de la retraite pendant la période entre l'accident et la fin du traitement médical. La deuxième situation est celle où l'atteinte à la capacité de gain a principalement pour origine l'âge avancé de l'assuré (variante II). Cette variante est également applicable lorsque l'âge avancé n'est pas un facteur qui a une incidence sur l'exigibilité, mais qu'il est malgré tout un obstacle à la mise en valeur de la capacité résiduelle de gain, notamment parce qu'aucun employeur n'est disposé à engager un employé présentant des atteintes à la santé pour un laps de temps très court avant l'ouverture de son droit à une rente de l'AVS (ATF 148 V 419 consid. 7.2 et les références). L'art. 28 al. 4 OLAA s'applique seulement lorsqu'il y a des indices concrets que l'âge de l'assuré revêt une importance prépondérante par rapport aux autres facteurs à l'origine de l'incapacité de gain (arrêt du Tribunal fédéral 8C_507/2022 du 28 novembre 2022 consid. 5.1.3 et les références).

En l'occurrence, aucune des parties ne fait valoir une éventuelle application de cet art. 28 al. 4 OLAA, et le recourant, bien que qu'agé d'environ 60 ans au moment de la naissance de la naissance d'un éventuel droit à une rente d'invalidité – en été 2021 – n'apparaît réaliser les conditions d'aucune des deux variantes précitées, de sorte que cette disposition ne s'applique pas dans le présent cas.

5.

5.1 Dans le cas présent, d'une part, la caisse apparaît, pour des raisons inconnues, avoir versé des indemnités journalières jusqu'au 31 août 2021 (cf. le document de

son dossier n° 215 du 8 septembre 2021 cité plus haut). D'autre part, l'OAI a organisé, du 27 septembre 2021 au 28 février 2022, une mesure d'orientation professionnellement, le versement de l'indemnité journalière de l'AI durant cette période.

Ainsi, en vertu de l'art. 30 al. 1 OLAA (sur délégation de l'art. 19 al. 3 LAA), et si la comparaison des revenus sans et avec invalidité qui suivra le permettait, l'assuré aurait droit à une rente transitoire du 1^{er} au 26 septembre 2021, veille du versement de l'indemnité journalière de l'AI (*cf.* art. 30 al. 1, dernière phrase, let. a, OLAA), puis, à l'issue de la mesure de réadaptation professionnelle, donc à compter du 1^{er} mars 2022, droit à une rente – ordinaire – d'invalidité de l'assurance-accident (art. 18 al. 1 LAA).

Le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents étant en principe né en 2021, les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à cette année-ci.

5.2 Concernant le revenu sans invalidité, c'est à juste titre que l'intimée, dans sa décision sur opposition querellée, part du principe que, sans la survenance de son accident, le recourant aurait continué d'exercer son ancienne activité de déménageur.

À teneur de la « déclaration de sinistre LAA », des bulletins de salaire mensuel mensuels de début 2019 ainsi que du « questionnaire pour l'employeur » complété le 14 novembre 2019 par l'employeur, le salaire brut mensuel de l'assuré s'élevait alors à CHF 5'300.-, plus la « gratification / 13^{ème} mois » de CHF 294.45, soit au total CHF 5'594.45 par mois, ce qui, multiplié par 12, donne CHF 67'133.- (arrondi) par année, salaire quasiment identique depuis 2011 selon l'extrait de compte individuel AVS (ci-après : CI).

Contrairement à ce que retient la caisse, l'année de naissance du droit à la rente d'invalidité est 2021, vu la stabilisation de l'état de santé dès l'été 2021. En outre, l'indice suisse des salaires (ISS) montre une augmentation des salaires nominaux de 0.8% en 2020 puis une diminution de 0.2% en 2021 (*cf.* notamment, sur internet, « <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr.assetdetail.35627107.html> »), données qui ont été publiée de manière définitive dans le communiqué de presse « Recul des salaires nominaux de 0.2% en 2021 et de 0.8% des salaires réels » de l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) du 1^{er} juin 2022 et dont l'intimée disposait donc au moment du prononcé de sa décision sur opposition querellée (*cf.*, a contrario, arrêt du Tribunal fédéral 8C_659/2022, 8C_707/2022 du 2 mai 2023 consid. 7.2 ; ATAS/686/2025 du 16 septembre 2025 consid. 7.3.2 ; ATAS/77/2024 du 5 février 2024 consid. 13.3). On ne voit pas en quoi une évolution de l'ISS spécifique pour les hommes devrait être prise en compte.

Ainsi, suivant l'ISS, le salaire annuel brut de l'intéressé aurait dû se monter à CHF 67'670.- en 2020 et à CHF 67'535.- en 2021, ce dernier montant constituant le revenu sans invalidité à prendre en considération.

5.3 Pour ce qui est du revenu avec invalidité, la caisse est partie – à juste titre – de l'ESS 2020, « Secteur privé », TA1_skill-level, publiée le 23 août 2022 par l'OFS et accessible par internet (« <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/actualites/quoi-de-neuf.assetdetail.22988245.html> »), plus précisément du salaire mensuel brut (pour 40 heures par semaines) pour les hommes sous « total » pour le niveau de compétence 1 (tâches physiques ou manuelles simples), c'est-à-dire CHF 5'261.-, qu'elle a annualisé à CHF 63'132.- après l'avoir multiplié par 12. Ce revenu a ensuite été ajusté en fonction de la moyenne des heures travaillées en Suisse (41.7 heures), ce qui donne CHF 65'815.-.

Il convient de déduire une diminution selon l'ISS de 0.2% en 2021 – et non 0.7% comme retenu par l'intimée –, d'où un salaire statistique de CHF 65'681.- en 2021.

Il faut encore en déduire le taux d'incapacité de travail – et d'incapacité de gain – de 12%, ce dont résulte un revenu d'invalidité de CHF 57'799.-, avant un éventuel abattement.

5.4 Reste la question d'un éventuel abattement – ou réduction supplémentaire – sur ce revenu d'invalidité.

5.4.1 En assurance-accidents comme en AI, 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'invalidité, 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).

En cas de baisse de rendement, l'abattement doit être appliqué à la part du salaire statistique que l'assuré est toujours susceptible de réaliser malgré sa baisse de rendement et ne saurait en aucun cas être additionné au taux de la diminution de rendement, puis il convient de déduire le résultat obtenu de ladite part salariale. La

différence obtenue correspond à la perte de gain effective et donne le taux d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2017 du 12 mars 2018 consid. 5).

À l'instar – d'une manière générale – des limitations liées à la santé et déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail (*cf.* ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et ss. et les références), les limitations fonctionnelles justifiant une diminution de rendement déjà prises en compte dans l'évaluation de la capacité de travail n'ont pas à être retenues une seconde fois lors de la détermination de l'abattement (arrêt du Tribunal fédéral 9C_778/2020 du 27 août 2021 consid. 6 et la référence), étant donné que, lorsqu'une personne assurée est capable de travailler à plein temps mais avec une diminution de rendement, celle-ci est prise en considération dans la fixation de la capacité de travail. Il n'y a pas lieu, en sus, d'effectuer un abattement à ce titre (arrêt du Tribunal fédéral 9C_780/2023 du 23 avril 2024 consid. 6 et les références). Concernant encore l'abattement pour les limitations fonctionnelles, on rappellera qu'une réduction au titre du handicap dépend de la nature des limitations fonctionnelles présentées et n'entre en considération que si, sur un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (ATF 148 V 419 consid. 6 et les références).

La prise en compte d'un abattement lié aux années de service n'est pas justifiée dans le cadre du choix du niveau de compétences 1 de l'ESS, l'influence de la durée de service sur le salaire étant peu importante dans cette catégorie d'emplois qui ne nécessitent ni formation ni expérience professionnelle spécifique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_546/2023 du 28 mars 2024 consid. 6.2.3. et la référence).

Si l'âge est invoqué en tant que critère d'abattement du salaire selon l'ESS et que l'art. 28 al. 4 OLAA ne s'applique pas, le point de savoir si, dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, l'âge avancé peut constituer un critère d'abattement ou si l'influence de l'âge sur la capacité de gain doit être prise en compte uniquement dans le cadre de la réglementation particulière de l'art. 28 al. 4 OLAA, n'a pas encore été tranché par le Tribunal fédéral (arrêt du Tribunal fédéral 8C_682/2023 du 24 avril 2024 consid. 4.3.2 et les références). Selon la jurisprudence, l'âge d'un assuré ne constitue pas en soi un facteur de réduction du salaire statistique. Autrement dit, il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. Le Tribunal fédéral a insisté sur ce point et a affirmé que l'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation et l'expérience professionnelles de l'assuré concerné (ATF 148 V 419 consid. 8.2 et la référence). Le Tribunal fédéral a jugé notamment, à propos d'un assuré ayant atteint 62 ans à la naissance du droit à la rente, qu'il n'y avait pas d'indices suffisants pour retenir qu'un tel âge représentait un facteur pénalisant par

rapport aux autres travailleurs valides de la même catégorie d'âge, eu égard aux bonnes qualifications professionnelles de celui-ci (arrêt du Tribunal fédéral 8C_439/2017 du 6 octobre 2017). Dans un arrêt concernant une assurée âgée de 58 ans au moment de la naissance d'un éventuel droit à la rente, le Tribunal fédéral a rappelé que dans la mesure où les activités envisagées du niveau de compétence 1 ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique, les effets pénalisants au niveau salarial induits par l'âge ne peuvent pas être considérés comme suffisamment établis. En outre, ces emplois non qualifiés sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur un marché du travail équilibré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 4.3.2 et les références).

En matière d'abattement, le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire cantonale n'est pas limité à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative (« *Angemessenheitskontrolle* »). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans l'exercice de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. À cet égard, le tribunal des assurances sociales ne peut pas, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2 et la référence).

5.4.2 En l'espèce, est exclu un abattement en raison des limitations fonctionnelles, dans la mesure où, d'une part, celles-ci ont déjà été prises en considération pour la fixation de l'incapacité de travail et où, d'autre part, sur un marché du travail équilibré, il y a un éventail suffisamment large d'activités compatibles avec les limitations fonctionnelles de l'assuré.

En outre, vu niveau de compétences 1 de l'ESS, les années de service de l'intéressé ne pourraient pas justifier un abattement.

Eu égard aux bonnes qualifications professionnelles du recourant en tant que chauffeur déménageur et au fait que, selon le Tribunal fédéral, les emplois non qualifiés du niveau de compétence 1 de l'ESS sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur un marché du travail équilibré, un abattement pour cause d'âge ne peut pas être admis, quand bien même l'assuré a eu 60 ans en 2021.

Si le recourant est, au plan professionnel, défavorisé par l'absence d'une quelconque formation au-delà de l'école obligatoire, par la méconnaissance de l'informatique et du français à tout le moins écrit ainsi que par des lacunes importantes notamment en matière organisationnelle, en lecture d'un plan et en vision 3D, il n'en demeure pas moins que, selon la jurisprudence, les activités

envisagées du niveau de compétence 1 ne requièrent ni formation ni expérience professionnelle spécifique.

Il n'a dès lors pas de place pour un abattement.

5.5 En définitive, la comparaison entre le revenu sans invalidité de CHF 67'535.- et celui avec invalidité de CHF 57'799.- conduit à un degré d'invalidité de 14.42%, qu'il faut arrondir à 14%.

6. Vu ce qui précède, le recours est rejeté, dans la mesure de sa recevabilité, en tant qu'il porte sur l'IPAI, mais il est partiellement admis concernant le droit à une rente d'invalidité, la décision sur opposition querellée étant réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente transitoire de 14% du 1^{er} au 26 septembre 2021, puis, à partir du 1^{er} mars 2022, à une rente d'invalidité de 14% également.
7. Étant donné que le recourant obtient partiellement gain de cause, une indemnité, légèrement réduite, de CHF 2'500.- 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).

La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA et vu l'art. 61 let. fbis LPGA).

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

Statuant

1. Rejette le recours, dans la mesure de sa recevabilité, en tant qu'il porte sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.
2. Admet partiellement le recours concernant le droit à une rente d'invalidité et réforme la décision sur opposition rendue le 3 mars 2023 par l'intimée en ce sens que le recourant a droit à une rente transitoire de 14% du 1^{er} au 26 septembre 2021, puis, à partir du 1^{er} mars 2022, à une rente d'invalidité de 14% également.
3. Alloue au recourant une indemnité de dépens de CHF 2'500.-, à la charge de l'intimée.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. 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