

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1405/2024

ATAS/345/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 mai 2025

Chambre 4

En la cause

A_____

recourant

représenté par Me Sébastien VOEGELI, avocat

contre

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

intimée

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente ; Larissa ROBINSON-MOSER et
Antonio Massimo DI TULLIO, juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1970, travaillait au service d'une entreprise de construction en qualité de maçon depuis le 1^{er} octobre 2013. À ce titre, il était couvert contre le risque d'accident, professionnel ou non, auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA).
- b.** Dans une déclaration de sinistre du 9 mars 2020, l'employeur a indiqué que le 4 mars 2020, l'assuré était « tombé au fond du chantier ».
- c.** La SUVA a pris en charge le cas.
- B.** **a.** L'assuré a séjourné au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) du 4 au 23 mars 2020. Dans un rapport du 24 mars 2020, les médecins ont posé les diagnostics de fracture de C3-C4 de type B2 avec composante A4 de C3 et C4 ainsi qu'une composante A1 de C5, de fracture du fémur droit, de fracture de rotule gauche, de fractures des processus transverses de L1-L2, A0 selon l'AO, de pneumothorax centimétrique droit avec minime hémithorax et fractures arcs postérieurs côtés 8-9 et d'anémie post-opératoire. Les interventions chirurgicales pratiquées durant ce séjour étaient : le 4 mars 2020, une réduction fermée et mise en place d'un fixateur externe fémoro-tibial à droite, le 5 mars 2020, une spondylodèse postérieure C2-C5 par système Vertex avec crosslink entre C3 et C4, une fusion postérieure C2-C5 et utilisation O-Arm et navigation (2D et 3D), le 9 mars 2020, un ECM rétrograde du fémur droit et un cerclage, et le 18 mars 2020, une réduction ouverte et ostéosynthèse de la rotule gauche par quatre broches, un haubanage et cerclage équatorial, un cerclage d'abaissement de la rotule et une greffe d'os spongieux, ainsi qu'une corpectomie de C3 et de C4 par cage Fortify I. Le status neurologique post-opératoire ne montrait pas de déficit sensitivo-moteur.
- b.** Du 23 mars au 15 avril 2020, l'assuré a séjourné à l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des HUG (rapport du 15 avril 2020), date à laquelle il a été transféré au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG en raison d'une infection sous-cutanée avec infection précoce à *staphylococcus epidermidis* ayant nécessité une révision de son ostéosynthèse de rotule le 16 avril 2020. Les suites opératoires ayant été favorables, l'assuré a été retransféré à l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des HUG le 22 avril 2020 (rapport du 23 avril 2020), où il a séjourné jusqu'au 13 mai 2020, date de son retour à domicile (rapport du 13 mai 2020).
- c.** Dans un rapport du 4 août 2020 relatif à une consultation du 3 juillet 2020, les docteurs B_____ et C_____, respectivement médecin adjoint, et médecin chef de clinique au département de chirurgie des HUG, ont relevé que la cicatrice était

propre et calme, sans trouble sensitivomoteur des membres supérieurs. Les membres inférieurs étaient encore en cours de traitement orthopédique. À gauche, l'assuré était encore équipé d'une attelle articulée et à droite, il reverrait son chirurgien pour des douleurs au niveau du condyle latéral du fémur. Le bilan radiographique mettait en évidence un matériel bien en place sans signe de déplacement secondaire. L'évolution était excellente à trois mois postopératoires concernant les cervicales. L'assuré était au bénéfice d'une physiothérapie de décontraction du trapèze qu'il devait poursuivre afin de diminuer ses douleurs au niveau de la nuque.

d. Le 18 août 2020, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), en invoquant une incapacité de travail totale depuis le 4 mars 2020 en raison d'un accident.

e. Dans un rapport du 14 septembre 2020 relatif à une consultation du 9 septembre 2020, le docteur D_____, chef de clinique au département de chirurgie des HUG, a préconisé une ostéotomie de distalisation de la TTA (tubérosité tibiale antérieure) à gauche au vu du déficit de flexion persistant [du genou] et d'une importante patella baja à gauche.

f. Le 21 janvier 2021, la docteure E_____, médecin cheffe de clinique au département de chirurgie des HUG, a proposé à l'assuré une prise en charge chirurgicale avec une cure de pseudarthrose et une ostéotomie de la TTA, en raison d'une pseudarthrose de la rotule gauche associée à une patella baja.

g. Le 17 mars 2021, l'ablation du matériel d'ostéosynthèse de la rotule gauche a été effectuée, ainsi qu'une arthrotomie parapatellaire interne avec adhésiolyse à ciel ouvert et prélèvements de routine de tissu synovial pour la bactériologie. Le testing de flexion en peropératoire avait permis une flexion à 110° en forçant légèrement et 90° spontané. Les chirurgiens ont décidé de s'abstenir de pratiquer une ostéotomie de la TTA, au vu du net gain de flexion, malgré une rotule basse, afin de permettre de suite une charge complète et une mobilisation intensive du genou (rapport des HUG du 18 mars 2021). Au vu de la bonne évolution clinique, l'assuré a été transféré à l'unité de réhabilitation orthopédique des HUG le 22 mars 2021, avec indication à une physiothérapie intensive (rapport du 25 mars 2021). Il y a séjourné jusqu'au 29 mars 2021, date de son transfert au service de médecine interne générale des HUG en raison d'une infection à SARS-CoV-2 (rapport du 30 mars 2021). Il a pu regagner son domicile le 8 avril 2021 (rapport du 12 avril 2021).

h. Dans un rapport du 22 juin 2021, les docteurs F_____ et G_____, respectivement médecin adjoint et médecin chef de clinique au département de chirurgie des HUG, ont fait état d'un recul de la flexion à 70°. Ils ont proposé la poursuite de la physiothérapie du genou gauche.

i. Le 18 août 2021, l'ablation de la vis distale médio-latérale du fémur droit et l'ablation de deux cerclages du fémur droit à mi-diaphyse ont été réalisées. La bonne évolution clinique a permis un retour à domicile le lendemain (rapports des HUG des 23 et 24 août 2021).

j. Le 13 janvier 2022, l'assuré, assisté d'un traducteur [en langue portugaise], a été examiné par le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin d'arrondissement de la SUVA. Dans un rapport du 17 janvier 2022, le médecin a indiqué qu'il n'y avait pas de réelle nécessité à l'utilisation des deux cannes, la marche sans celles-ci s'avérant possible. Il a fait état d'un déconditionnement qui était délétère et injustifié. Sur le plan subjectif, l'assuré se présentait « dans un habitus et d'une certaine invalidation et d'une certaine dépendance vis-à-vis des moyens auxiliaires ». Sur le plan objectif, les traitements réalisés par les spécialistes des HUG s'avéraient très performants au niveau cervical, performants au niveau du membre inférieur droit, et aussi performants que possible sur une rotule [gauche] poly-fragmentaire. L'état de santé était considéré comme stabilisé au niveau de la colonne cervicale et du membre inférieur droit. Il en était de même au niveau du membre inférieur gauche, sous réserve de l'avis final du Dr F_____. Enfin, les douleurs à l'épaule droite et à la colonne lombaire n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident.

k. Par décision du 28 janvier 2022, confirmée sur opposition le 25 mai 2022, la SUVA a refusé la prise en charge des troubles à l'épaule droite, en l'absence de lien de causalité avec l'accident du 4 mars 2020.

l. Dans un rapport du 19 mai 2022 relatif à une consultation du 3 mai 2022, les Drs F_____ et I_____, médecin interne au département de chirurgie des HUG, ont constaté au genou gauche, un épanchement articulaire modéré, une cicatrice calme et propre, une palpation de la rotule douloureuse, une flexion-extension à 75/0/0 sans instabilité frontale ou sagittale, et au genou droit, l'absence d'épanchement articulaire, une cicatrice calme et propre, une atrophie quadricipitale, une palpation indolore, une flexion-extension à 110/0/0 sans instabilité frontale ou sagittale, puis à la cuisse gauche, une cicatrice latérale calme, une palpation autour de la cicatrice douloureuse, une atrophie quadricipitale, sans trouble neurovasculaire. L'appui monopodal était impossible du côté droit. Les radiographies du même jour avaient mis en évidence un clou rétrograde fémoral droit en place, une consolidation de la fracture diaphysaire tiers moyen / tiers distal, une rotule gauche basse, centrée, en continuité avec défaut osseux dans sa partie proximale. Au vu de l'évolution défavorable, avec une physiothérapie inefficace, et en l'absence d'indication chirurgicale, les médecins ont décidé d'adresser l'assuré à la consultation ambulatoire de l'antalgie des HUG.

m. Du 28 septembre au 19 octobre 2022, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR). Dans un rapport du 26 octobre 2022, les médecins ont posé les diagnostics de polytraumatisme sur chute le 4 mars 2020 avec fracture C3-C4 de type B2 avec composante A4 de C3 et C4, composante A1

de C5, de fracture A1 de C5 et C7 traitée conservativement, de fracture des processus transverses de L1-L2, A0 selon l'AO, de pneumothorax centimétrique droit, de fractures costales en série des côtes des arcs postérieurs 9 à 12, de fracture du fémur droit traitée par réduction fermée, mise en place d'un fixateur externe et OS (ostéosynthèse) dans un deuxième temps, de raccourcissement du fémur avec obliquité pelvienne de 8 mm induisant une attitude scoliotique, de fracture de rotule gauche traitée par ROOS (réduction ouverte et ostéosynthèse) et cerclage, d'infection sous-cutanée précoce à *S. epidermidis* après ostéosynthèse de rotule, reprise chirurgicale, d'importante patella baja prise en charge par ostéotomie de la TTA, avec réalisation d'une AMO (ablation de matériel d'ostéosynthèse) du matériel rotulien, et de discrète atrophie corticale du lobe frontal droit et des lobes pariétaux (IRM du 30 septembre 2022).

Selon les médecins, les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. De nombreux facteurs contextuels étaient trouvés, à savoir une kinésiophobie modérée à sévère, et un catastrophisme modéré qui était probablement minimisé dans les questionnaires d'entrée et de sortie au vu de ce qui avait été observé en thérapie. Les différents thérapeutes avaient par ailleurs relevé que le patient était peu convaincu de l'utilité des différentes thérapies et n'avait pas souhaité sevrer les moyens auxiliaires actuellement utilisés (fauteuil roulant et cannes anglaises). La participation du patient aux thérapies avait été considérée comme moyenne. Des incohérences avaient été constatées aux ateliers professionnels, notamment en terme de vitesse d'exécution et de qualité de travail par rapport à la simplicité des tâches proposées avec un degré d'investissement qui était faible.

La situation médicale était stabilisée du point de vue médical. Aucune nouvelle intervention n'était proposée. La poursuite d'un traitement de physiothérapie pourrait permettre de maintenir les acquis. Le pronostic de réinsertion, défavorable dans l'ancienne activité, était en théorie favorable dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (port de charges jusqu'à 10 kg, sans marche prolongée ni en terrain irrégulier, sans utilisation répétée des escaliers), mais pourrait être limité par le manque d'investissement du patient.

n. Dans un rapport du 27 mars 2023 relatif à une consultation du 13 mars 2023, les Drs F_____ et J_____, médecin chef de clinique au département de chirurgie des HUG, ont fait état d'une douleur au genou droit à la palpation du fascia lata avec impression de hernie, située principalement en proximale de la cicatrice, d'une bonne mobilité du genou avec une flexion / extension à 120/0/10 de recurvatum, d'un genou stable sur le plan frontal et sagittal, sans épanchement intra-articulaire, d'une douleur au genou gauche à la palpation antérieure et d'une sensibilité à la palpation du compartiment interne, d'une mobilité réduite avec une flexion / extension à 80/0/5 de recurvatum et d'un genou stable sur le plan frontal et sagittal, sans épanchement intra-articulaire. En ce qui concernait les options thérapeutiques, les médecins ont estimé qu'une ablation du clou n'apporterait pas

de bénéfice au vu de l'absence de gêne. Compte tenu des douleurs sur le tenseur du fascia lata, ils ont proposé la réalisation d'un ultrason dynamique afin de diagnostiquer une éventuelle hernie musculaire qui pourrait expliquer en partie ces douleurs. S'agissant du côté gauche, les médecins ont discuté avec le patient d'une ostéotomie de la tubérosité tibiale antérieure et ont convenu de ne pas l'effectuer en raison de l'incertitude du résultat.

o. Dans un rapport du 5 mai 2023 relatif à une consultation du 25 avril 2023, les Drs F_____ et J_____ ont mentionné que l'ultrason de la cuisse droite réalisée le 20 avril 2023 avait objectivé une intégrité du fascia lata, sans signes de herniation musculaire. Ils en ont conclu qu'il n'y avait pas d'indication à réviser le fascia lata. Il n'y avait pas non plus d'indication à une ablation du clou au vu de l'absence d'argument pour une gêne du matériel. En ce qui concernait le genou gauche, ils ont préconisé la poursuite du traitement conservateur.

p. Par courrier du 26 juillet 2023, la SUVA a annoncé à l'assuré mettre fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 août 2023, l'état de santé étant stabilisé.

q. Par décision du 22 août 2023, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, basée sur un degré de 100%, à partir du 1^{er} mars 2021.

r. Le 1^{er} septembre 2023, la SUVA a reçu :

- un rapport du 11 août 2023 du docteur K_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, indiquant qu'il avait de la peine à imaginer un travail adapté aux limitations fonctionnelles de l'assuré en raison de la faible mobilité et des douleurs chroniques ; et
- un rapport du 15 août 2023 de la docteure L_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, mentionnant que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans toute activité.

s. Le 11 septembre 2023, la SUVA a encore reçu un rapport du 6 septembre 2023 du Dr F_____, qui considérait que les problèmes orthopédiques rendaient toute activité impossible à 100%.

t. Dans une appréciation du 9 octobre 2023, le Dr H_____ a retenu que l'assuré disposait de tout son membre supérieur et que même si ses possibilités de se déplacer étaient faibles, celles-ci avaient été évaluées en milieu stationnaire. L'assuré avait pu se déplacer pour se rendre à la CRR. Il pouvait également se déplacer pour se rendre aux consultations. L'utilisation des cannes n'était due qu'à un déconditionnement de l'assuré qui les avait maintenues « contre tout logique d'évaluation et de mobilisation de ses ressources pour une progression positive ». Le médecin d'arrondissement a conclu à une pleine exigibilité dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par la CRR.

u. Par appréciation du 25 octobre 2023, le Dr H_____ a évalué à 45% le taux de l'atteinte à l'intégrité au niveau cervical et au membre inférieur gauche.

v. Par décision du 27 novembre 2023, la SUVA a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, la comparaison des revenus de valide (CHF 72'930.-) et d'invalidé (CHF 67'263.-) aboutissant à une perte de gain de 8%. En revanche, elle lui a reconnu le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 45% correspondant à un montant de CHF 66'690.-.

w. Par courrier du 12 janvier 2024, l'assuré s'est opposé à cette décision, en concluant à la poursuite du paiement des indemnités journalières et des frais de traitement, et subsidiairement, à l'octroi d'une rente d'invalidité.

Il a contesté la stabilisation de son état de santé, ainsi que l'exigibilité retenue à 100% dans une activité adaptée. Il a reproché à la SUVA de ne lister aucun poste concret susceptible de satisfaire aux limitations fonctionnelles et de ne pas s'être prononcée sur l'abattement ni avoir détaillé le calcul du salaire d'invalidé.

Il a joint :

- l'avis du service médical régional de l'assurance-invalidité du 14 mars 2023, retenant, à titre d'atteintes à la santé incapacitantes, un polytraumatisme avec multiples fractures complexes au niveau de la colonne cervicale et lombaire, costal postérieur droit, au fémur droit, à la rotule gauche, et une gonalgie persistante (en cours d'investigation), ainsi qu'une capacité de travail nulle dans toute activité à compter du 4 mars 2020 en lien avec une situation médicale non stabilisée ;
- le rapport du Dr K_____ du 11 août 2023 ;
- le rapport de la Dre L_____ du 15 août 2023 ; et
- le rapport du Dr F_____ du 6 septembre 2023.

x. Par décision du 12 mars 2024, la SUVA a rejeté l'opposition.

À l'issue du séjour à la CRR du 28 septembre au 19 octobre 2022, l'état de santé de l'assuré était considéré comme stabilisé. Lors des consultations des 13 mars et 25 avril 2023, les Drs F_____ et J_____ n'avaient retenu aucune intervention chirurgicale susceptible d'améliorer l'état de santé de l'assuré. Dans son appréciation du 4 (recte: 9) octobre 2023, le Dr H_____, en se basant sur les différents rapports au dossier, dont ceux rédigés par les Drs K_____, L_____ et F_____, respectivement les 11 et 15 août et 6 septembre 2023, avait confirmé la stabilisation de l'état de santé. La SUVA en a tiré la conclusion qu'en l'absence de mesure thérapeutique susceptible d'influencer de manière significative la capacité de travail de l'assuré, c'était à juste titre qu'elle avait estimé que l'état de santé de celui-ci était stabilisé. Le fait que le SMR, dans son avis du 14 mars 2023, avait indiqué que la situation médicale n'était pas encore stabilisée n'était pas pertinent sous l'angle du droit de l'assurance-accidents.

La SUVA a ensuite, en ce qui concerne la pleine capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, mentionné que l'avis précité du SMR ne primait pas sur

celui - probant - des médecins de la CRR et de son médecin d'arrondissement, dès lors que le SMR n'avait pas examiné en détail les constatations objectives relevées lors de l'examen du 13 janvier 2022 ni lors du séjour à la CRR.

Elle a rappelé que selon la jurisprudence, elle n'était pas tenue d'indiquer en détail les activités raisonnablement exigibles et que les possibilités de travail sur un marché du travail équilibré étaient suffisamment concrétisées dans la mesure où entraient en considération, comme exemples d'activités exigibles, des travaux simples de surveillance ou de contrôle, l'utilisation et la surveillance de machines (semi-) automatiques ou d'unités de production, ainsi que l'activité de surveillant de musée ou de parking.

Le calcul du revenu d'invalidé était quant à lui dûment détaillé dans le document du 24 novembre 2023 archivé au dossier sous le numéro de pièce 451.

La SUVA a enfin relevé que les seules limitations fonctionnelles de l'assuré ne restreignaient pas de manière significative les activités légères raisonnablement exigibles, en tout cas pas dans une mesure qui justifierait un abattement.

- C. a. Par acte du 26 avril 2024, l'assuré, représenté par son avocat, a interjeté recours contre cette décision sur opposition auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise et à l'annulation de cette décision, principalement, à la constatation que son état de santé n'était pas encore stabilisé, et à la condamnation de l'intimée à la poursuite du paiement des indemnités journalières et des frais de traitement, subsidiairement, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, et plus subsidiairement encore, au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

Selon l'ensemble de ses médecins traitants, ainsi que l'OAI, son état de santé n'était pas stabilisé et son invalidité était pleine et entière. Il se justifiait ainsi d'ordonner une expertise judiciaire par un médecin indépendant.

Le recourant a ajouté que les médecins de la CRR étaient partis de la prémisse erronée qu'il avait bénéficié d'une ostéotomie de la TTA le 13 janvier 2022 afin d'améliorer la flexion du genou gauche. Cette intervention n'avait pas eu lieu à ce jour. Un rendez-vous avait été agendé avec les Drs F_____ et J_____ le 23 avril 2024 pour faire le point sur la situation, notamment au sujet de cette opération, qui pourrait améliorer significativement la mobilité de son genou gauche et, par voie de conséquence, sa capacité de travail.

Le recourant a reproché à l'intimée d'avoir ignoré l'avis du SMR et de ne pas avoir expliqué les raisons pour lesquelles il n'était pas pertinent sous l'angle du droit de l'assurance-accidents.

L'appréciation du médecin d'arrondissement entrainait par ailleurs en contradiction avec l'avis des médecins traitants.

Pour ces motifs, la clôture du cas était prématurée.

Le recourant a ensuite contesté disposer d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Ses limitations fonctionnelles étaient bien plus importantes que celles retenues par la CRR. Sa mobilité était particulièrement réduite. Les Drs K_____, L_____ ainsi que divers spécialistes des HUG avaient estimé que l'usage de moyens auxiliaires (cannes anglaises, chaise roulante) était indispensable et justifié. Lors de son séjour à la CRR, il ne pouvait pas rester plus de quinze minutes dans la même position de travail, ni rester debout plus de dix minutes, ni fléchir le genou gauche. Il ne pouvait pas non plus porter de charges supérieures à 5 kg. Ses douleurs étaient incapacitantes et nécessitaient la prise de paracétamol, de codéine et de myorelaxant. Les mouvements de flexion ou de torsion du tronc étaient également très difficiles.

Son état de santé ne pouvait en outre être imputable à un déconditionnement, qui n'était attesté par aucune pièce au dossier, sinon par l'intimée.

Un abattement sur le salaire statistique devait par ailleurs être appliqué, en raison de ses limitations fonctionnelles (changement fréquent de positions, impossibilité de se déplacer sans cannes anglaises, difficulté à marcher même sur un terrain régulier, limitation de la marche à quelques mètres, impossibilité de porter des charges supérieures à 5 kg, de rester debout plus de dix minutes, et de fléchir le genou gauche l'obligeant à rester assis la jambe allongée). À cela s'ajoutait qu'il était âgé de 54 ans, qu'il ne parlait que peu le français, qu'il n'était au bénéfice d'aucune formation attestée et qu'il ne possédait pas la nationalité suisse. Selon le communiqué de l'Office fédéral des statistiques du 19 mars 2024, les salaires variaient fortement selon les permis de séjour. Pour les postes de travail n'exigeant pas de responsabilité hiérarchique, la rémunération des salariés de nationalité suisse était supérieure à celle versée à la main d'œuvre étrangère. Le recourant en a inféré que son revenu avec invalidité devait être réduit de 15%. La comparaison du revenu de valide (CHF 72'930.-) et d'invalidé (CHF 57'173.23) ouvrait le droit à une rente d'invalidité de 22%.

b. Par réponse du 5 juin 2024, l'intimée a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours.

Elle s'est opposée à la mise en œuvre de mesures d'instruction, considérant que le volet médical du dossier avait été instruit à satisfaction de droit. À l'issue du séjour à la CRR du 28 septembre au 19 octobre 2022, les médecins du service de réadaptation de l'appareil locomoteur avaient relevé qu'aucune nouvelle intervention n'était proposée et conclu à une situation stabilisée du point de vue médical. L'hypothèse de l'ostéotomie de la tubérosité tibiale antérieure avait certes été évoquée par les Drs F_____ et J_____, mais pas de manière concrète à ce stade. Le recourant lui-même n'envisageait plus, lors de la consultation du 25 avril 2023, une telle intervention chirurgicale. De surcroît, les médecins traitants s'accordaient sur l'absence d'amélioration significative du traitement conservateur. Par ailleurs, le médecin d'arrondissement n'était pas parti de la prémisse que cette

intervention avait été réalisée. Il avait repris, dans son appréciation du 4 (recte : 9) octobre 2023, les éléments ressortant des rapports des Drs F_____ et J_____.

L'avis du SMR du 14 mars 2023 n'était ni décisif ni probant dans la présente cause. La notion de la stabilisation de l'état de santé en assurance-accidents était définie par l'art. 19 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20), disposition qui n'était pas applicable dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Aucun avis médical au dossier ne soutenait la thèse selon laquelle un traitement médical pourrait améliorer sensiblement la capacité de travail du recourant après le 31 août 2023.

Les conclusions motivées et convaincantes des médecins de la CRR concernant la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée se fondaient sur des examens cliniques complets et documentés, qui rendaient compte de manière claire et détaillée des restrictions fonctionnelles et des ressources. Une copie du rapport de sortie du 26 octobre 2022 avait été adressée aux Drs L_____, F_____ et K_____, sans que ces derniers n'aient contesté les constatations objectives et conclusions des médecins du service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la CRR.

Dans leurs rapports des 11 et 15 août et 6 septembre 2023, les médecins traitants n'avaient pas corrélé les constatations objectives aux plaintes subjectives du patient, ni expliqué pourquoi l'utilisation des cannes était nécessaire. Ils n'avaient ainsi pas justifié si les symptômes rapportés correspondaient aux résultats des examens et aux thérapies suivies. Le médecin d'arrondissement avait pris position le 4 (recte: 9) octobre 2023 notamment sur les derniers rapports médicaux établis par les médecins-traitants. Il avait conclu que le recourant n'était pas restreint dans l'utilisation de ses membres supérieurs, et même si ses possibilités de se déplacer seraient faibles, celles-ci avaient été évaluées en milieu stationnaire. Le recourant avait pu se déplacer pour se rendre à la CRR et pouvait aussi se déplacer pour se rendre aux consultations. Le médecin d'arrondissement avait pris en compte les ressources et les limitations fonctionnelles ainsi que procédé à une évaluation de la cohérence et de la plausibilité.

Les médecins de la CRR avaient rapporté que l'assuré, qui se plaignait de douleurs, signalait ne pas pouvoir maintenir une position de travail plus de quinze minutes. Les résultats obtenus en matière de vitesse d'exécution et de qualité dénotaient des autolimitations, des incohérences et un degré d'investissement faible. Pour le service de réadaptation professionnelle de la CRR, l'évaluation laissait penser que le patient était centré sur ses douleurs et sur les conséquences potentielles de ses actions, avec pour effet un résultat d'activité ne traduisant finalement que le niveau d'effort auquel il avait bien voulu consentir. Dans ces conditions, les données médicales l'emportaient sur les constatations à l'occasion

d'un stage d'observation professionnelles susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré.

En l'absence de justifications claires et objectives, les avis des médecins traitants n'étaient pas propres à mettre en cause les évaluations de la CRR et du médecin d'arrondissement.

Enfin, l'intimée a expliqué les motifs pour lesquels un abatement ne se justifiait pas dans le cas d'espèce, tout en rappelant que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'avait pas de force contraignante pour l'assureur-accidents.

c. Par réplique du 15 août 2024, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il a reproché à l'intimée de reproduire *in extenso* le contenu de pièces médicales au dossier ou de répéter l'appréciation de son médecin d'arrondissement. Le fait par exemple que ce dernier avait exposé « à répétées reprises » son avis sur la capacité de travail ne rendait pas davantage ce dernier digne de crédit. L'intimée présentait en outre des arguments à la limite de la témérité, comme le fait de retenir qu'il avait pu se rendre aux examens médicaux qu'elle avait ordonnés. Or, son état de santé n'était pas stabilisé. Une intervention chirurgicale majeure (pose de prothèse) était prévue aux HUG le 29 août 2024. Il a joint à cet effet un rapport des HUG du 17 juin 2024. La pose d'une prothèse de genou avait pour but de permettre l'amélioration de la mobilité et ainsi d'atténuer les limitations fonctionnelles retenues. Il en a conclu que l'intimée devait poursuivre le versement des indemnités journalières.

Le recourant a ensuite réitéré la nécessité de mettre en œuvre une expertise indépendante. Le dossier de l'intimée n'en contenait aucune. Il avait pourtant produit de multiples rapports médicaux circonstanciés dont les conclusions divergeaient notablement, si ce n'était totalement, de celles du seul médecin d'arrondissement.

d. Par duplique du 23 septembre 2024, l'intimée, appréciation de son médecin d'arrondissement du 30 août 2024 à l'appui, a maintenu sa position.

Elle a relevé que les rapports médicaux établis postérieurement à l'examen de la stabilisation de l'état de santé n'étaient pas pertinents. Au regard de l'ensemble des éléments médicaux au dossier, l'état de santé du recourant était stabilisé au 1^{er} septembre 2023. Tant le rapport du Dr F_____ du 6 septembre 2023 que l'évaluation du médecin d'arrondissement du 4 (recte : 9) octobre 2023 corroboraient cette conclusion. Quant à l'opération du 29 août 2024, aucun médecin n'avait laissé entendre qu'une amélioration significative de la capacité de travail du recourant était attendue à la suite de cette intervention dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée. Le Dr F_____ soulignait les incertitudes liées à l'intervention, notamment concernant la reprise de la marche sans moyens auxiliaires et le degré de flexion post opératoire. Le recourant disposait déjà d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 1^{er} septembre 2023.

Cette opération, une année plus tard, avait pour principal objectif d'atténuer les douleurs et d'optimiser la mobilité du recourant. Elle n'avait cependant aucune garantie quant à l'amélioration de la capacité de travail déjà existante dans une activité adaptée.

L'intimée a ensuite répété que les conditions pour ordonner une expertise n'étaient pas réunies. Le recourant n'avait pas produit de rapports médicaux probants susceptibles de remettre en cause, même de façon minimale, la fiabilité et la pertinence des appréciations du médecin d'arrondissement.

e. Le 13 février 2025, la chambre de céans a informé le recourant qu'elle entendait verser à la procédure son dossier de l'assurance-invalidité et lui a accordé un délai pour lui faire part de son accord.

f. Le 18 février 2025, le recourant a donné son accord pour l'apport de son dossier de l'assurance-invalidité.

g. Le 21 février 2025, la chambre de céans a adressé à l'OAI l'ordonnance par laquelle elle requérait la production par cette autorité du dossier AI du recourant.

h. Celui-ci a été reçu le 28 février 2025, et la chambre de céans a octroyé aux parties un délai pour solliciter la consultation de ce dossier.

i. Dans ses observations du 4 avril 2025, l'intimée a en substance considéré que le dossier AI du recourant ne mettait en exergue aucun élément susceptible de remettre en cause la décision litigieuse.

j. Dans sa détermination du 29 avril 2025, le recourant a persisté à considérer que son état de santé n'était pas stabilisé et réitéré la nécessité de mettre en œuvre une expertise indépendante.

Il a joint le compte-rendu opératoire des HUG du 15 octobre 2024 relatif à une intervention chirurgicale pratiquée le 11 octobre 2024.

k. Copie de cette écriture a été transmise à l'intimée pour information.

l. Par courrier du 8 mai 2025, le recourant a encore produit notamment un rapport du 8 avril 2025 du Dr F_____. Ce courrier et ses annexes ont été transmis à l'intimée pour information.

EN DROIT

1.

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

du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

1.2 Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA) et le délai de trente jours (art. 60 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]) prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7^e jour avant Pâques au 7^e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur la stabilisation de l'état de santé du recourant, sur sa capacité de travail dans une activité adaptée et sur son degré d'invalidité.

3.

3.1 Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

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

3.3 Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge de référence (art. 18 al. 1 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2024).

3.3.1 Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). L'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de

nouvelles mesures – comme une cure thermale – ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2 et les références). 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).

Dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, il appartient à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 144 V 354 consid. 4.1 ; 143 V 148 consid. 3.1.1 ; 134 V 109 consid. 4.1 et les références).

3.3.2 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).

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).

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

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

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).

3.4 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).

3.5 De jurisprudence constante, 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, 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).

4.

4.1 En l'espèce, l'intimée, en s'appuyant sur les appréciations de son médecin d'arrondissement des 6 janvier 2023 (pièce 333) et 30 août 2024 (produite le 23 septembre 2024), considère que l'état de santé du recourant était stabilisé au 31 août 2023.

Comme le relève le recourant, les médecins de la CRR, où il avait séjourné du 28 septembre au 19 octobre 2022, se sont trompés en mentionnant dans leur rapport du 26 octobre 2022 qu'il avait bénéficié d'une prise en charge par ostéotomie de la tubérosité tibiale antérieure (TTA) [à gauche]. Car, dans un rapport du 18 mars 2021, le Dr F_____, médecin adjoint au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a indiqué que l'ostéotomie de la TTA n'avait pas été pratiquée lors de l'intervention du 17 mars 2021, ayant consisté notamment en l'ablation du matériel d'ostéosynthèse de la rotule gauche, et en l'arthrotomie parapatellaire interne avec adhésiolyse à ciel ouvert.

Cela étant, les médecins de la CRR ont relevé que la situation médicale était stabilisée, qu'aucune nouvelle intervention n'était proposée et que la poursuite d'un traitement de physiothérapie pourrait permettre de maintenir les acquis (pièce 314 p. 8).

Il ressort effectivement du dossier qu'au 3 mai 2022, les douleurs du recourant persistaient, que les séances de physiothérapie étaient inefficaces et qu'il n'y avait aucune proposition chirurgicale. Le Dr F_____ adressait alors le recourant à la consultation ambulatoire de l'antalgie des HUG (rapport du 19 mai 2022). Le 13 mars 2023, le Dr F_____ convenait avec le recourant de ne pas effectuer de nouvelle intervention sur le genou gauche en raison de l'incertitude du résultat (rapport du 27 mars 2023). Le 25 avril 2023, le Dr F_____ relevait qu'il n'y avait pas d'option chirurgicale concernant le fémur droit. S'agissant du genou gauche, il répétait qu'il y avait théoriquement la possibilité d'une ostéotomie de la TTA avec proximalisation de la rotule, mais qu'il existait un risque de récurrence de raideur articulaire. Le recourant n'envisageant pas non plus cette opération, le médecin proposait la poursuite du traitement conservateur auprès du Dr K_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation (rapport du 5 mai 2023 ; pièce 375). Dans un rapport du 6 septembre 2023, le Dr F_____ relevait que la situation médicale pouvait être considérée dorénavant comme stable (pièce 425 p. 1).

Ainsi, au moment où l'intimée a pris la décision de mettre fin au paiement des soins médicaux et des indemnités journalières au 31 août 2023, il n'y avait plus de traitement médical susceptible d'améliorer l'état de santé du recourant. Dans ces conditions, l'intimée était fondée à clore le cas à cette date, et à examiner le droit éventuel du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, étant précisé que des mesures de réadaptation n'ont pas été mises en place par l'OAI.

Le fait que, par avis du 14 mars 2023, le SMR a retenu que la situation médicale du recourant n'était pas encore stabilisée, n'est pas décisif. En effet, dans l'assurance-invalidité, l'invalidité est survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. S'agissant de la détermination du droit à une rente d'invalidité, il faut ainsi examiner si les conditions de l'art. 28 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20) sont remplies. Contrairement à l'assurance-invalidité, l'assurance-accidents est, quant à elle, chargée du traitement de l'atteinte à la santé (cf. art. 10 LAA) et le droit à une rente de cette assurance ne dépend pas de la durée de l'incapacité de travail, mais du moment à partir duquel il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et du terme d'éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité. Les offices AI n'ont, quant à eux, pas à attendre l'issue des mesures thérapeutiques, ni la stabilisation du cas, mais sont tenus d'évaluer la capacité de gain des assurés bien avant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 8.2).

Le rapport du Dr F_____ du 17 juin 2024 faisant état d'une chirurgie agendée au 29 août 2024 pour la mise en place d'une prothèse unicompartimentale fémoro-patellaire, associée à une proximalisation de la TTA, n'est pas non plus pertinent dans le cadre de la présente procédure, cette intervention étant postérieure à la décision litigieuse du 12 mars 2024. Pas plus que ne l'est le compte-rendu opératoire des HUG du 15 octobre 2024 relatif à l'intervention chirurgicale réalisée le 11 octobre 2024. Cette nouvelle circonstance peut éventuellement être considérée comme une rechute ou des séquelles tardives (cf. art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 [OLAA - RS 832.202]), que le recourant peut faire valoir dans une procédure administrative séparée.

4.2 En ce qui concerne la capacité de travail du recourant, le médecin d'arrondissement de l'intimée admet, dans son appréciation du 9 octobre 2023, qu'elle est nulle dans l'activité habituelle de maçon. En revanche, il estime que le recourant est apte à exercer à plein temps, sans baisse de rendement, une activité adaptée évitant le port de charges supérieures à 10 kg, la marche prolongée ainsi que sur terrain irrégulier, de même que la montée / descente d'escaliers, en se ralliant aux conclusions de la CRR.

Or, dans son rapport du 26 octobre 2022, quand bien même la CRR estime que la capacité de travail du recourant est favorable dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, elle ne se prononce pas sur le taux de la capacité de travail. Elle relève que, durant le séjour, le recourant a été suivi aux ateliers professionnels où il avait travaillé sur des périodes allant jusqu'à deux heures consécutives, avec des charges inférieures à 5 kg. Le temps de présence n'avait pas été augmentée en raison de douleurs signalées et de son incapacité à maintenir une position de travail plus de quinze minutes. Compte tenu de la simplicité de l'activité proposée et de la possibilité d'alterner les positions assises et debout, les résultats obtenus en terme de vitesse d'exécution et de qualité dénotaient des autolimitations, des incohérences et décrivaient un investissement faible (pièce 314 p. 7-8). Pourtant, il avait été constaté lors des ateliers professionnels que le recourant travaillait en position debout durant quinze minutes, puis assise durant quinze minutes également, qu'il alternait en permanence les positions assise et debout et prenait de nombreuses pauses (pièce 314 p. 16). On se demande alors si l'alternance des positions et les pauses sont médicalement indiquées et si elles justifient une baisse de rendement, puisque dans son avis du 14 mars 2023, le SMR, en se référant au rapport de la CRR précité, a admis, à titre de limitations fonctionnelles, la difficulté à maintenir la position de travail plus de quinze minutes malgré la possibilité d'alterner les positions, et a conclu à une capacité de travail nulle dans toute activité depuis le 4 mars 2020, date de l'accident (pièce 464 p. 3). Si l'assureur-accidents n'est effectivement pas lié par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.3), les conclusions du SMR quant à la capacité de travail résiduelle du recourant reposent toutefois

exclusivement sur les seules séquelles de l'accident. Dans ces circonstances, il est difficilement compréhensible que le SMR et le médecin d'arrondissement aboutissent, sur le plan médical (factuel), à des conclusions diamétralement opposées s'agissant de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée.

Par ailleurs, dans un rapport du 27 janvier 2022 à l'OAI, le Dr K_____, qui a fait état d'une amyotrophie quadricipitale bilatérale, exposait que la mobilité restreinte et les douleurs de la nuque limitaient les mouvements de rotation (dossier AI p. 717-718) - étant rappelé que l'intimée a reconnu le lien de causalité entre l'atteinte à la colonne cervicale et l'accident. D'après ce médecin, il était difficile d'imaginer une activité adaptée, mais il évoquait l'éventualité d'une activité adaptée à temps partiel moyennant une adaptation de la place de travail et un rendement diminué (p. 719). On ignore toutefois à quel taux précis le recourant pourrait travailler dans une telle activité. Dans un rapport ultérieur du 11 août 2023 - dont le médecin d'arrondissement n'a pas tenu compte puisqu'il ne l'a pas cité dans son appréciation du 9 octobre 2023 -, le Dr K_____ a répété qu'il avait de la peine à imaginer un travail adapté aux limitations fonctionnelles en raison de la faible mobilité et des douleurs chroniques.

Dans son appréciation du 9 octobre 2023, le médecin d'arrondissement n'a pas non plus fait mention du rapport du 15 août 2023 de la Dre L_____, médecin généraliste, dans lequel elle retenait une capacité de travail nulle dans toute activité, après avoir souligné que le recourant avait besoin des cannes pour les déplacements et devait alterner les positions.

Le médecin d'arrondissement considère que l'utilisation des cannes est imputable à un déconditionnement du recourant, et que ce dernier n'a pas à les employer. Dans une précédente appréciation du 17 janvier 2022, le médecin d'arrondissement indiquait que les cannes n'étaient pas nécessaires, car la marche sans celles-ci s'avérait possible. Cela étant, dans un rapport du 10 novembre 2022 à l'OAI, soit après le premier examen par le médecin d'arrondissement ainsi qu'après le séjour à la CRR, le Dr K_____ a fait état d'une amyotrophie quadricipitale bilatérale, et mentionné que le recourant marchait avec la jambe gauche tendue et qu'il présentait un lâchage du genou gauche s'il essayait de dérouler le pas (dossier AI p. 912). Dans un rapport du 11 novembre 2022 à l'intimée, le Dr K_____ répétait que si la marche sans les cannes était possible pour quelques pas seulement avec la jambe gauche tendue, en revanche, le genou gauche lâchait lorsque le recourant essayait de dérouler le pas (dossier intimée pièce 317). Or, dans son appréciation du 17 janvier 2022, le médecin d'arrondissement semble se contredire lorsqu'il indique que la rééducation, pour donner de la proprioception et du muscle et se débarrasser ainsi de la dépendance aux cannes, devait être poursuivie à titre du maintien de la capacité de gain pendant une période de quatre à six mois au maximum (pièce 234 p. 15). Vu l'amyotrophie quadricipitale bilatérale dix mois plus tard, se pose la question de

savoir si cette atteinte et le port de cannes (pour autant qu'il soit justifié médicalement) se répercutent sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée.

Aussi ces éléments suscitent-ils à ce stade des doutes sur les conclusions du médecin d'arrondissement.

4.3 En conséquence, la cause sera renvoyée à l'intimée afin qu'elle mette en œuvre une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA pour déterminer en particulier la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée au 1^{er} septembre 2023 (et depuis lors). Après quoi, elle rendra une nouvelle décision.

- 5.** Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision du 12 mars 2024 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

Le recourant, représenté par un avocat, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), fixée en l'espèce à CHF 1'500.-.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario*).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 12 mars 2024.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Alloue au recourant une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens, à la charge de l'intimée.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Catherine TAPPONNIER

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