RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1420/2020 **ATAS/478/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 mai 2021

4ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michael ANDERS	recourant

contre

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

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Antonio Massimo DI TULLIO et Larissa ROBINSON-MOSER, Juges assesseur·e·s

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1978, originaire de Bosnie et Herzégovine, est arrivé en 1998 en Suisse et a travaillé, dès 2002, en qualité de chef d'une équipe d'agents mécaniciens auprès des CFF S.A. (ci-après : l'employeur). Il était, à ce titre, assuré contre le risque d'accidents auprès de la SUVA, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : l'assureur ou l'intimée). En 2005, l'assuré a obtenu la nationalité suisse.

2. Le 28 avril 2010, l'assuré a perdu l'équilibre en soulevant un fauteuil sur le lieu de son travail. En tombant, l'assuré a heurté les pieds du fauteuil et une incapacité de travail totale a été attestée dès le lendemain.

3. Les examens pratiqués ont révélé notamment une hernie discale foraminale L5-S1 gauche avec lombosciatalgie gauche déficitaire sur le plan sensitif et moteur, dont la prise en charge a été acceptée par l'assureur.

4. Le 11 novembre 2010, le docteur B_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a effectué une résection chirurgicale de la hernie.

5. Vu les résultats mitigés de l'opération, une imagerie à résonance magnétique (ci-après : IRM) de contrôle a été effectuée, mettant en évidence une fibrose post-opératoire enveloppant le nerf L5 à gauche. Il n'y avait pas de proposition chirurgicale pour améliorer les symptômes (rapports du Dr B_____ des 8 mars et 1er avril 2011).

6. Du 6 avril au 3 mai 2011, l'assuré a séjourné à la clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR). Les médecins ont diagnostiqué des lombo-radiculalgies L5 gauches persistantes après cure de hernie discale extra-foraminale gauche L5-S1, et une spondylolyse L5 bilatérale. L'incapacité de travail de l'assuré était totale dans son activité habituelle.

7. L'assuré a repris une activité adaptée à 25 % dès le 30 mai 2011, à 50 % dès le 14 juin 2011, à 75 % dès le 23 août 2011 et à 100 % dès le 12 septembre 2011.

8. Par décisions du 27 mars 2012, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité limitée du 1er juin au 31 août 2011.

9. Les 12 mai et 3 septembre 2012, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a indiqué que l'évolution était bonne, hormis de rares paresthésies gênantes le soir au pied gauche. Il n'y avait pas de limitation fonctionnelle. La durée prévue du traitement dépendait de l'évolution. Un traitement médicamenteux, en réserve, avait été prescrit et les consultations avaient lieu deux à trois fois par année.

10. Une nouvelle hernie discale a été mise en évidence par IRM du 17 octobre 2012 et à compter du 12 novembre 2012, l'assuré a été en incapacité de travail totale.

11. Par rapport du 23 novembre 2012, le professeur D_____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué notamment que les suites immédiates de l'opération avaient

été compliquées par une fibrose péri-radiculaire L5 gauche et un syndrome douloureux qui avait nécessité un traitement médicamenteux et de la physiothérapie intensive. Dès fin juin 2011, il y avait eu une évolution favorable, avec toutefois toujours un traitement médicamenteux. Suite à la reprise de travail à 100 %, l'assuré présentait d'occasionnelles lombalgies et un déficit sensoriel de la face latérale de la cuisse et de la jambe gauche avec des accès irritatifs sous forme de lancées électriques. Dès le 20 août 2012, il y avait eu une recrudescence des douleurs lombo-sciatalgiques gauches. Suite à la physiothérapie intensive, l'assuré avait noté, le 20 novembre 2012, une nette amélioration des douleurs et une amélioration du trouble sensitif de la jambe gauche.

12. Dès le 18 juillet 2013, l'assuré a été à nouveau en incapacité de travail totale, en raison d'une récidive de lombosciatalgies gauches en L4-L5 (rapport du 24 septembre 2013 de la doctoresse E_____, spécialiste FMH en médecine générale, et médecin traitant).

13. Une rechute a été annoncée à l'assureur.

14. Dès le 11 novembre 2013, l'assuré a présenté une capacité de travail de 50 %, laquelle a été nulle dès le 13 novembre 2013.

15. Le 8 janvier 2014, la Dresse E_____ a noté que le traitement comprenait des séances de physiothérapie et la prise de médicaments.

16. Par rapport du 20 janvier 2014, le Dr B_____ a diagnostiqué un syndrome douloureux post-discectomie L5-S1, avec petite récidive de hernie discale foraminale gauche. L'assuré décrivait une recrudescence des douleurs lombaires et dans le membre inférieur gauche avec des décharges électriques persistantes selon certains mouvements. La dernière IRM mettait en évidence une discopathie dégénérative, avec signe de Modic I associé et un petit résidu de hernie discale L5-S1 foraminale gauche. Le médecin proposait une infiltration, suivie par un traitement de physiothérapie, et une chirurgie de stabilisation en cas d'échec du traitement conservateur.

17. Le 23 janvier 2014**,** une infiltration lombaire a été effectuée.

18. En février 2014, l'assuré a déposé une nouvelle demande auprès de l'OAI.

19. Le 16 juin 2014, Dr C_____ a relevé un syndrome vertébral avec des signes radiculaires. Le 4 juillet 2014, la Dresse E_____ a noté l'absence d'amélioration sous traitement par acupuncture. Une thérapie neurale auprès du docteur F_____, spécialiste FMH en neurologie, était proposée.

20. Au début du mois de septembre 2014, le Dr F_____ a effectué une injection (cf. rapport d'entretien du 16 septembre 2014 entre l'assuré et l'assureur).

21. Le 30 septembre 2014, l'assuré a été examiné par le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de l'assureur. Par rapport du même jour, il a relevé que suite à la chute, l'assuré avait présenté un

traumatisme lombaire. Une discopathie L5-S1 avait été mise en évidence et il avait bénéficié d'une cure de hernie discale extra-foraminale L5-S1. L'évolution n'avait pas été satisfaisante, avec la persistance de douleurs importantes qui avaient entraîné une rechute en août 2013. L'assuré, qui n'avait pas repris d'activité professionnelle, prenait des médicamentes et suivait deux séances de physiothérapie par semaine. Une indication d'arthrodèse L5-S1 avait été évoquée, mais l'intéressé n'était pas favorable pour le moment. En l'absence d'intervention chirurgicale programmée, le cas pouvait être considéré comme stabilisé à ce jour. L'intervention d'arthrodèse prévue permettrait de façon probable une amélioration de la symptomatologie douloureuse de l'assuré.

22. Le 2 octobre 2014, le Dr G_____ a ajouté que l'indication opératoire était judicieuse, néanmoins, compte tenu des risques inhérents, il ne lui semblait pas possible d'exiger cette opération de la part de l'assuré. Vu la complexité du cas, il voulait obtenir l'avis de ses confrères.

23. Dès février 2015, l'assuré a entrepris un traitement de rééducation à l'Hôpital Beau-Séjour.

24. Par rapport du 20 mars 2015, la Dresse E_____ a diagnostiqué une lombo-sciatique L5-S1 gauche chronique et un trouble dépressif-anxieux. Le traitement prodigué consistait, hormis la prise de médicaments, en des séances de physiothérapie, d'ergothérapie et un suivi psychiatrique. Il fallait s'attendre à ce que le syndrome douloureux chronique persiste.

25. Par rapport du 2 juillet 2015, le docteur H_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a indiqué que l'assuré présentait une situation difficile mêlant vraisemblablement des douleurs neuropathiques séquellaires post-chirurgicales et la persistance d'une discopathie inflammatoire couplée à une sténose relative du neuroforamen gauche. Jusqu'alors, le traitement conservateur avait échoué. L'assuré décrivait une qualité de vie médiocre, avec une impossibilité de participer aux activités normales de la vie familiale.

26. Par rapport du 23 juillet 2015, le docteur I_____, du service rhumatologique de l'hôpital Beau-Séjour, a diagnostiqué un syndrome lombo-vertébral et un syndrome radiculaire chronique invalidant, ainsi qu'un syndrome de stress post-traumatique. Malgré une prise en charge multidisciplinaire, aucune amélioration n'avait été constatée.

27. L'assuré a été licencié avec effet au 31 juillet 2015.

28. Par rapport du 15 août 2016, le docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant, a diagnostiqué un état de stress post-traumatique (F43.1) et un trouble dépressif majeur, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F32.11). L'assuré avait débuté un suivi hebdomadaire à compter du 16 janvier 2015. L'état de stress faisait suite aux événements de guerre dont il avait été témoin et auxquels il avait dû participer en Bosnie. Son status psychique stabilisé, il avait ensuite pu travailler à plein temps. Suite à son accident,

son état psychique s'était progressivement dégradé avec la réapparition de réminiscences traumatiques de la guerre et d'un état dépressif de plus en plus sévère. En janvier 2015, il présentait de graves troubles du sommeil, ne dormant pas plus de deux à trois heures par nuit, et des idées suicidaires étaient présentes. Cet état était lié à la perte de son statut d'homme valide, aux douleurs, à la perte de son emploi et à l'incapacité de reprendre le contrôle de sa vie en raison de la lésion du dos et des troubles sensitivo-moteurs y relatifs.

29. Par rapport du 22 février 2017, le docteur K_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a noté que l'assuré présentait des lombosciatalgies très invalidantes avec lyse isthmique L5-S1 gauche qui répondaient très peu au traitement conservateur. Une intervention était conseillée.

30. Par rapport du 19 mai 2017, le Dr J_____ a relevé notamment qu'une nouvelle évaluation à distance de l'intervention chirurgicale prévue à la fin du mois permettrait de déterminer si l'état psychologique de l'assuré avait pu se stabiliser. Le pronostic d'évolution du trouble anxieux et dépressif était réservé, dépendant de l'évolution des douleurs et de l'amélioration de la fonction motrice après l'intervention.

31. Le 31 mai 2017, l'assuré a subi une nouvelle intervention chirurgicale.

32. Par rapport du 7 juin 2017, le docteur L_____, spécialiste FMH en psychiatrie, et médecin d'arrondissement, a admis qu'au vu de la situation compliquée de l'assuré, qui durait depuis des années et qui se traduisait par une absence d'amélioration sur le plan symptomatique, qu'il ait progressivement développé un état dépressif et anxieux, étant donné que cette problématique remettait son avenir en question alors qu'il n'était âgé que de 39 ans. La causalité naturelle entre le trouble dépressif constaté et la rechute liée à l'accident était donc probable. Le Dr L_____ était toutefois surpris par le diagnostic d'état de stress post-traumatique, à moins que le Dr J_____ ne l'attribue à un événement antérieur. Le traitement pouvait être pris en charge jusqu'à la fin 2017, à raison d'une séance tous les 15 jours.

33. Le 13 novembre 2017, une imagerie de la colonne lombaire a été effectuée en raison d'une récidive de lombalgies bilatérales.

34. Par rapport du 22 décembre 2017, le Dr K_____ a relevé que l'évolution radiologique était favorable. L'assuré rapportait toujours des douleurs lombaires basses, avec sensation d'irradiation aux membres inférieurs. Des examens complémentaires étaient prévus et une prise en charge multidisciplinaire pour la réhabilitation du dos était également envisagée.

35. Par rapport du 23 janvier 2018, la Dresse E_____ a diagnostiqué un status post-transforaminal lumbar interbody fusion (ci-après : TLIF) L5-S1 gauche et des lombalgies avec douleurs neuropathiques. L'assuré avait pu augmenter le périmètre de marche, mais une récidive des lombalgies. Le traitement prodigué était au long cours et l'atteinte neurologique allait perdurer.

36. Par rapport du 25 février 2018, le Dr K_____ a noté que l'assuré se plaignait de douleurs au membre inférieur gauche. Il n'y avait pas d'argument pour une reprise chirurgicale. L'assuré devrait être évalué pour une prise en charge de la douleur, y compris par le biais d'une éventuelle stimulation médullaire. L'assuré allait être adressé à un spécialiste à cet égard le mois suivant.

37. Par rapport du 22 mai 2018, la doctoresse M_____, spécialiste FMH médecin praticien, et médecin traitant, a diagnostiqué une fibrose post-opératoire après l'intervention chirurgicale effectuée en mai 2017. Les douleurs persistaient et le pronostic était négatif malgré une prise en charge à la consultation de la douleur. La pose d'un stimulateur médullaire était proposée.

38. Par rapport du 25 mai 2018, le Dr J_____ a rappelé les diagnostics posés. L'état anxio-dépressif s'était beaucoup amélioré suite à l'intervention chirurgicale de mai 2017, mais l'évolution n'était pas suffisamment favorable pour que l'assuré puisse reprendre une activité habituelle ou un travail. L'acceptation de sa condition physique diminuée et la persistance de nouveaux projets neurochirurgicaux (pose du stimulateur électrique) entretenaient son incertitude et contribuaient à la fluctuation de son humeur et de son niveau d'anxiété. L'assuré bénéficiait d'un suivi psychiatrique tous les 15 jours et un traitement antidépresseur. Le pronostic d'évolution du trouble anxieux et dépressif était réservé, dépendant de l'évolution des douleurs et de l'amélioration de la fonction motrice de l'assuré. Comme sa stabilisation était en cours, on pouvait espérer qu'à terme, le suivi psychiatrique soit réduit. Le médecin proposait de réévaluer la situation d'ici un an en fonction de l'évolution.

39. Par rapport du 13 juin 2018, le Dr L_____ a relevé que si des interventions orthopédiques étaient encore envisagées, il convenait de prendre en charge une prolongation du suivi psychiatrique. Si tel n'était pas le cas, il convenait d'accepter une prolongation sur six mois, à raison d'une séance par mois, sauf événements particuliers.

40. Le 18 juin 2018, le docteur N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assureur, a confirmé la prise en charge d'une péridurale.

41. Le 29 juin 2018, l'assureur a informé l'assuré de la prise en charge du traitement psychiatrique jusqu'à la fin 2018 à raison d'une consultation par mois, sauf événements particuliers.

42. Le 5 novembre 2018, le Dr N_____ a estimé qu'un séjour auprès de la CRR était conseillé pour débloquer la situation.

43. Le 14 novembre 2018, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a requis que le Dr L_____ établisse un complément d'appréciation.

44. Selon une note d'entretien téléphonique du 9 novembre 2018, la Dresse M_____ a indiqué que l'assuré refusait d'effectuer un nouveau séjour à la CRR et qu'il n'avait pas de suivi neurologique.

45. L'assuré a été adressé au docteur O_____, spécialiste FMH en anesthésiologie aux HUG, pour un avis de prise en charge antalgique semi-invasive, éventuellement par neurostimulation. Par rapport du 22 novembre 2018, ce médecin a retenu un tableau de « Failed back surgery syndrome (FBSS) » en présence de troubles de la statique, compliqué de plusieurs facteurs de risque pour une chronicisation, essentiellement d'ordre psychologique et social pour lequel la voie purement conservatrice devrait être privilégiée. Une infiltration avait été effectuée le 22 août 2018, laquelle, sans trop surprendre le médecin, avait été parfaitement inefficace puisque pendant une semaine les douleurs se seraient même exacerbées. Ceci confortait son impression que les approches plus invasives comme la neurostimulation ne sauraient être proposées. Le médecin a souligné que si l'évolution ultérieure devait amener à reconsidérer cette possibilité, elle ne pourrait en tout cas pas assurer une amélioration fonctionnelle, son efficacité étant démontrée uniquement sur l'intensité de la douleur. Il recommandait au patient d'effectuer un séjour à la CRR et de poursuivre la physiothérapie. Le traitement médicamenteux avait été modifié.

46. Par rapport du 12 décembre 2018, le Dr L_____ a persisté dans son appréciation. Il n'y avait pas d'événement potentiel traumatique dans l'histoire de l'accident de l'assuré, puisqu'en aucune manière l'existence de celui-ci n'avait été mise en danger dans ce cadre. Le médecin ne considérait pas qu'un tel événement mineur puisse se traduire par une symptomatologie qui persistait huit ans après l'accident. Il supposait qu'il y avait des discordances dans cette situation, ainsi que des facteurs non médicaux qui intervenaient pour expliquer la durée de cette problématique, qui n'était toujours pas résolue. Il maintenait ses précédentes conclusions.

47. Le 13 décembre 2018, l'assuré a été examiné par le Dr N_____. Par rapport du 8 janvier 2019, ce médecin a diagnostiqué une hernie discale gauche extra-foraminale L5-S1 gauche, un status port-chirurgie, une arthrodèse intersomatique L5-S1 par voie trans-foraminale gauche et un status post-arthrodèse. Il existait incontestablement des séquelles neurologiques douloureuses sur le trajet sciatique et il était nécessaire, avant de stabiliser le cas, d'avoir l'assurance parfaite de l'existence la fusion et de la stabilité de l'ensemble. Si une telle fusion stable sans dégradation des espaces sus-jacents existait, le cas pourrait alors être un FBSS. Il convenait donc d'obtenir une nouvelle imagerie (CT-scanner). Un examen neurologique devrait avoir lieu une fois le cas stabilisé.

48. Le 9 janvier 2019, le Dr L_____ a estimé que les troubles psychiques devaient être pris en charge jusqu'à la stabilisation du cas sur le plan somatique. L'évolution, quelles que soient les interventions pratiquées, n'avait jamais été source d'une quelconque amélioration.

49. Par rapport du 15 février 2019, le docteur P_____, spécialiste FMH en neurologie, a diagnostiqué un syndrome vertébral lombaire au premier plan, associé à des sciatalgies gauches L5 résiduelles, sans signes de dénervation active à l'ENMG. L'assuré présentait donc des lombosciatalgies gauches résiduelles suite à deux

interventions lombaires. L'IRM réalisée une année auparavant ne montrait pas de franche récidive d'une hernie discale, mais un possible rétrécissement foraminal gauche modéré en L5-S1 avec contact avec la racine L5, soit en raison d'une atteinte ostéophytaire, soit d'une éventuelle fibrose post-opératoire. Il était difficile de dire s'il y avait une atteinte déficitaire séquellaire car l'assuré tremblait et présentait de nombreux lâchages. Il n'y avait pas d'atteinte des réflexes, ni de la sensibilité et la marche se faisait avec une discrète boiterie, mais était possible sur les pointes et les talons. Il semblait que l'assuré avait une appréhension majeure de ces douleurs et la poursuite d'un suivi psychothérapeutique était essentielle. Le médecin avait prescrit un traitement myorelaxant et de petites doses de Neurotin. Il n'y avait pas d'indication à une nouvelle prise en charge chirurgicale.

50. L'assuré a été adressé à la doctoresse Q_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne. Par rapport du 25 février 2019, ce médecin a diagnostiqué des radiculalgies L5 gauches, avec discret déficit sensitif dans un contexte de hernie discale opérée à deux reprises ; un syndrome lombo-vertébral et un syndrome douloureux chronique.

    Depuis la seconde intervention réalisée le 31 mai 2017, l'assuré avait bénéficié d'une prise en charge multidisciplinaire large, par des avis répétés neurochirurgicaux, par une équipe spécialisée du rachis, par les Drs I_____ et O_____, avec des infiltrations péri-radiculaires. L'assuré était également suivi par la doctoresse R_____, pour la rééducation. Dans le passé, de nombreux médicaments avaient été essayés.

    Selon la Dresse Q_____, l'électroneuromyogramme ne montrait pas de récidive ou de phénomène radiculaire nouveau. Il était donc impératif que l'assuré puisse évoluer à partir de sa situation actuelle, qu'il devait accepter. Une nouvelle chirurgie n'était pas raisonnable ; l'assuré devait continuer un travail de reconditionnement étant précisé qu'il ne retrouverait pas une condition physique identique à celle existant avant son accident ; il devait se décentrer de sa symptomatologie douloureuse chronique par l'exercice d'une activité sociale ou créative. La posologie du Neurotin allait être augmentée.

51. Dans un rapport reçu le 20 mars 2019 par l'OAI, le Dr J_____ a rappelé ses précédents diagnostics. Un état anxio-dépressif persistait, lequel était lié à l'impotence fonctionnelle et aux douleurs. L'état de stress post-traumatique n'avait pas d'impact sur la capacité de travail de l'assuré. L'épisode dépressif était réactionnel à l'atteinte somatique et il altérait la capacité d'attention et de concentration. Du point de vue strictement psychiatrique, l'assuré pouvait théoriquement travailler, mais l'atteinte sensitivo-motrice et la douleur chronique excluaient cette possibilité. Il n'y avait pas de limitation fonctionnelle du point de vue psychiatrique. Toutefois, l'état dépressif réactionnel était probablement responsable d'une diminution de la capacité de travail, sans précision. L'état de santé de l'assuré s'était stabilisé.

52. Par rapport du 30 avril 2019, la Dresse Q_____ a relevé notamment que l'assuré, qui avait progressivement accepté sa situation, rapportait un discret progrès de sa symptomatologie douloureuse chronique.

53. Par courriel du 3 juin 2019 à l'assureur, la Dresse M_____ a expliqué que l'assuré avait délaissé complètement les consultations aux HUG et était suivi, conjointement, par la Dresse Q_____ et par son psychiatre. Avec l'ajout de Neurotin, l'assuré était à peu près équilibré sur le plan douloureux, et l'évolution était très progressive, avec nécessité de se fixer des objectifs très lents pour maintenir une évolution ascendante de la fonctionnalité.

54. Le 7 juin 2019, la Dresse M_____ a fait état d'une incapacité de travail totale dans toute activité, tout en notant qu'elle n'était pas en mesure de donner une réponse concernant les limitations fonctionnelles de l'assuré.

55. Le 13 juin 2019, une radiographie de la colonne lombaire a été effectuée par le docteur S_____, spécialiste FMH en radiologie.

56. Le 10 juillet 2019, l'ancien employeur a indiqué que sans l'accident, l'assuré aurait perçu un salaire de CHF 97'561.85 en 2019.

57. Par appréciation du 25 juillet 2019, le Dr N_____ a estimé que l'état de santé de l'assuré était stabilisé. L'examen radiologique du 13 juin 2019 montrait une fusion de l'arthrodèse lombaire. Partant, la stabilisation était actuellement avérée.

    A deux ans de l'arthrodèse, dont la fusion avait été vérifiée, il persistait des séquelles manifestes essentiellement lombalgiques chez un assuré au passé douloureux. Depuis deux ans, de nombreuses thérapies avaient été entreprises, l'essentiel était donc un reconditionnement lombaire au long cours à obtenir, à base de réhabilitation fonctionnelle. A plus de deux ans de l'arthrodèse, il était habituel qu'en l'absence de complication, la stabilisation du cas puisse intervenir, ce qui était le cas objectivement dans ce dossier.

    L'incapacité de travail n'était plus justifiée par les seules suites accidentelles. Il existait une exigibilité définitive : son activité habituelle n'était plus exigible, par contre, l'assuré pouvait travailler à 100 % sans restriction de rendement dans une activité essentiellement sédentaire, nécessitant une alternance entre la position assise et la position debout, sans port de poids supérieur à 8 kg, sans rotation du tronc par rapport au bassin et de position en porte-à-faux, ni de position statique prolongée, ni de piétinement, ni de montée sur échelle. Il convenait de prendre en charge des séances de physiothérapie de reconditionnement de la colonne vertébrale dans son ensemble et en particulier lombaire, et ce pendant au moins une année encore. Les médicaments contre les douleurs neuropathiques, type Neurotin, pouvaient être accordés pendant encore deux ans.

58. Dans une évaluation effectuée à la même date, le Dr N_____ a estimé que le taux de l'atteinte à l'intégrité était de 12 %, selon le tableau 7 de la SUVA.

59. Le 26 juillet 2019, l'assureur a informé l'assuré qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident. Il était donc mis fin au paiement des soins médicaux dès ce jour, hormis des séances de physiothérapie pendant un an et la prescription d'un anti-douleurs neuropathiques pendant deux ans. L'indemnité journalière allait encore être versée jusqu'au 30 novembre 2019. L'activité habituelle n'était plus exigible, par contre, l'assuré pouvait travailler à plein temps, sans restriction de rendement, dans une activité essentiellement sédentaire, avec alternance des positions assises/debout, sans port de poids supérieur à 8 kg, sans rotation du tronc par rapport au bassin et de position en porte-à-faux, ni position statique prolongée, ni piétinement, ni montée sur échelle. L'assuré avait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) et son droit à une rente d'invalidité allait être examiné.

60. Par rapport du 5 août 2019 adressé à l'OAI, la Dresse Q_____ a diagnostiqué une radiculalgie L5 gauche persistante chronique purement sensitive, un syndrome lombo-vertébral et un syndrome douloureux chronique. A son sens, le patient n'allait plus pouvoir faire un travail physique impliquant le port de charges, des mouvements répétés de torsion avec le rachis et une marche importante. Néanmoins, une reprise de travail était envisageable dans un métier sédentaire, permettant à l'assuré de rester assis, avec la possibilité de se relever régulièrement. Toutefois, l'assuré ne travaillait pas depuis plusieurs années et un suivi psychiatrique était en cours. Le syndrome douloureux chronique s'intégrait avec son passé traumatique. Depuis le début du suivi en janvier 2019, l'objectif avait été notamment que l'assuré accepte de travailler sur ses douleurs et sa mobilité en physiothérapie.

61. Le 16 septembre 2019, l'assuré a indiqué former « opposition à la décision contenue dans la lettre du 26 juillet 2019 » et a requis de l'assureur la prise en charge des traitements somatiques et psychiatriques sans restriction au-delà du 26 juillet 2019.

    Il a joint un rapport du 29 août 2019 de la Dresse M_____, laquelle était en désaccord avec les conclusions du Dr N_____ : ce médecin avait estimé que l'assuré était stabilisé du point de vue osseux, mais il n'avait pas tenu compte des douleurs neuropathiques séquellaires. En outre, il était incohérent de parler d'une activité professionnelle exercée à 100 %, sans pouvoir tenir debout, ni assis de façon prolongée, sans rotation du tronc, ni port de charges, même légères.

62. Le 30 octobre 2019, l'assuré a transmis à l'assureur un rapport du Dr J_____ du 22 septembre 2019, relevant que l'état de l'assuré n'était pas stabilisé et qu'il se dégradait. Les éléments de stress qui le plongeaient dans un état dépressif étaient les douleurs chroniques et l'impotence fonctionnelle, mais également l'absence de reconnaissance de son invalidité. Après avoir perdu son identité professionnelle en raison de la guerre en Bosnie, l'accident et ses lourdes séquelles avaient détruit sa position professionnelle en Suisse. Les troubles fonctionnels (baisse de la capacité d'attention et de concentration) allaient en s'aggravant depuis le début de la prise

en charge psychiatrique. Une hospitalisation à la clinique de Montana était programmée pour le mois suivant. La capacité de travail de l'assuré était nulle de manière durable**.**

63. Le 20 novembre 2019, le Dr N_____ a estimé que la situation somatique seule, qui était stabilisée et objectivement favorable, ne justifiait pas les douleurs. Il confirmait par ailleurs le taux de 12 % relatif à l'atteinte à l'intégrité.

64. Le 9 décembre 2019, l'assureur a procédé au calcul du degré d'invalidité de l'assuré, en comparant, en 2019, le salaire sans invalidité de CHF 97'561.85 avec le salaire avec invalidité de CHF 60'969.- (correspondant au salaire pour un homme selon les ESS 2016, niveau 1, indexé à 2019, compte tenu d'un horaire hebdomadaire de 41.7 et avec 10 % d'abattement en raison des limitations fonctionnelles). Il en résultait un degré d'invalidité de 38 %.

65. Par décision du 9 décembre 2019, l'assureur a reconnu le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, dès le 1er décembre 2019, fondée sur un taux de 38 %, ainsi qu'au versement d'une IPAI de CHF 15'120.-, fondée sur un taux de 12 %. Par contre, l'existence d'une relation de causalité adéquate entre les troubles psychiques de l'assuré et l'accident du 19 mai 2010 était niée.

66. Le 27 janvier 2020, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, s'est opposé à cette décision, réitérant ses griefs concernant l'absence de stabilisation de son état de santé au 1er décembre 2019 ; sur le plan somatique, son traitement médical n'était pas terminé et sa capacité de travail était nulle ; sur le plan psychiatrique, sa capacité de travail était nulle. Il contestait les limitations fonctionnelles retenues, la négation de la relation de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques en se référant au rapport du Dr J_____ du 22 septembre 2019, ainsi que le revenu d'invalide retenu, en particulier l'abattement de 10 %. Il a requis l'octroi d'une IPAI fondée sur un taux de 45 % et de l'assistance juridique gratuite.

67. Par décision du 25 mars 2020, l'assureur a rejeté l'opposition. C'était à bon droit qu'il avait considéré que l'état de santé de l'assuré était stabilisé, respectivement qu'il n'y avait pas de traitement médical propre à améliorer significativement son état de santé dans le sens d'un rétablissement de sa capacité de travail. Partant, il était en droit d'examiner le droit à une rente d'invalidité et à une IPAI. Par ailleurs, au vu des forces exercées lors de l'événement en cause, soit une chute de sa hauteur, il y avait lieu de qualifier l'accident de peu de gravité, de sorte que la causalité adéquate devait, d'emblée, être niée. Au demeurant, même si l'accident devait être qualifié de gravité moyenne, à la limite inférieure de cette catégorie, il faudrait un cumul de quatre critères au moins, ce qui n'était pas réalisé. Le droit à une rente d'invalidité devait donc s'examiner sur la base des seuls troubles somatiques. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr N_____ concordaient avec celles de la Dresse Q_____ du 5 août 2019. Par conséquent, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, sans baisse de rendement et avec un abattement de 10 % sur le salaire statistique pour tenir compte des

limitations fonctionnelles devaient être confirmés. Sans l'accident, l'assuré aurait pu percevoir un gain de CHF 97'562.-, lequel n'était pas contesté. Comparé à un revenu d'invalide de CHF 60'969.-, il en résultait une invalidité de 37,51%, arrondie à 38 %. Enfin, le taux de l'IPAI de 12 % était confirmé, ce d'autant plus que la Dresse Q_____ n'avait objectivé aucun des diagnostics retenus, lesquels consistaient en des diagnostics cliniques uniquement.

La demande d'assistance juridique gratuite allait faire l'objet d'une décision séparée.

68. Par acte du 19 mai 2020, l'assuré, représenté par son conseil, a interjeté recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à son annulation et au constat que sur le plan somatique, le traitement n'est pas terminé et sa capacité de travail inexistante, que sur le plan psychiatrique, sa capacité de travail est actuellement nulle, de sorte que l'intimée doit être condamnée à prendre en charge l'entier de son coût depuis le 26 juillet 2019 et réserver en conséquence les prestations subséquentes à une clôture du cas ; subsidiairement, à l'annulation de la décision et au versement d'une rente d'invalidité supérieure à 38 % compte tenu d'une capacité de travail très partielle et des limitations fonctionnelles supérieures à 10 %, et à l'octroi d'une IPAI d'au moins 45 %.

Selon le recourant, la stabilisation de son état de santé n'était pas atteinte, vu l'absence de diagnostic clair quant à l'origine et au traitement des douleurs dorsales persistantes et compte tenu de la présence de troubles psychiques invalidants toujours en cours. Il n'était pas à même d'exercer une activité adaptée à temps complet. Sa capacité de travail restait à déterminer, tout comme ses limitations fonctionnelles. L'abattement de 10 % était largement insuffisant.

Par ailleurs, ses troubles psychiques étaient en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident. L'intimée n'avait pas estimé indispensable de mettre en œuvre une expertise psychiatrique, mais elle n'excluait pas que l'accident puisse être de gravité moyenne. En l'occurrence, les critères de la nature particulière des lésions physiques, de la durée anormalement longue du traitement médical, des douleurs physiques persistantes et des difficultés apparues au cours de la guérison étaient remplis. Il avait également présenté des périodes successives d'incapacité de travail totale. Enfin, la durée des troubles psychiques confirmait qu'en l'absence d'une expertise psychiatrique, l'intimée ne pouvait écarter la causalité adéquate.

Les troubles psychiques n'ayant pas été pris en compte dans le degré de l'IPAI, celle-ci était donc incomplète.

69. Le 2 juin 2020, le recourant a produit un rapport du 2 mars 2020 du docteur T_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, et un rapport du 18 mai 2020 du docteur U_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, adressé à l'OAI. Il allait produire, ultérieurement, un rapport du Dr T_____.

Le Dr T_____ a relevé la persistance de lombosciatalgies gauches malgré deux interventions chirurgicales. L'examen clinique neurologique était difficile à faire

car le patient n'arrivait pas à se mettre ni sur la pointe des pieds, ni sur les talons. La dernière IRM avait été effectuée en août, mais le médecin ne l'avait pas en sa possession. Il ne pouvait donc en dire plus.

Le Dr U_____, qui répondait à l'OAI à la place de la Dresse M_____, a indiqué notamment qu'au vu de la complexité du problème, il avait adressé le recourant au Dr T_____.

70. Par réponse du 3 juin 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours, relevant notamment que la stabilisation de l'état de santé ne pouvait être refusée au seul motif qu'un diagnostic clair n'aurait pas été posé et que des douleurs persisteraient. L'accident devait être qualifié, au vu des forces en présence, de peu de gravité. La souffrance psychique ne pouvait être prise en considération dans l'examen des critères jurisprudentiels permettant de juger la relation de causalité entre les troubles psychiques et l'accident, vu l'absence d'atteinte à la colonne cervicale.

71. Le 30 septembre 2020, le recourant a produit un rapport du 30 septembre 2020 du Dr U_____, selon lequel il était encore dans l'attente de l'appréciation du Dr T_____. Selon le Dr U_____, la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée n'excédait pas 50 %, avec des limitations de l'ordre de 50 %. Le port de charges était limité à 5 kg et le taux de l'atteinte à l'intégrité somatique était de 15 %.

Le recourant a fait valoir que les conclusions du Dr U_____ différaient de celles de l'intimée s'agissant de sa capacité de travail, de ses limitations fonctionnelles et du taux de l'IPAI.

Le recourant a précisé être dans l'attente d'un rapport du Dr T_____, dont l'appréciation était imminente. Il entendait produire cet écrit ultérieurement.

72. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

2. 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.

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

3. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10] ; art. 1 et 2 de l'ordonnance sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le coronavirus [COVID-19] du 20 mars 2020).

5. Les questions litigieuses portent sur la stabilisation de l'état de santé du recourant au 25 juillet 2019 et, le cas échéant, sur le degré de son invalidité et le taux de l'IPAI.

6. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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).

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

   b. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il suffit, qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

   Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b).

c. Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose 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 117 V 359 consid. 6; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 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 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 et les références).

En application de la pratique sur les conséquences psychiques des accidents (ATF 115 V 133), l'examen de ces critères doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce qui correspond à la clôture du cas selon l'art. 19 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5).

7. a. Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). 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 (al. 2). 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 (art. 18 al. 1 LAA).

L'art. 19 al. 1 LAA prévoit que 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.

b. La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par « une sensible amélioration de l'état de l'assuré ». Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1*a* et 4 LAA), ce critère se déterminera notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme « sensible » par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minime que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2). Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique, par exemple une cure annuelle, ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1). Des troubles chroniques ne font pas obstacle à la reconnaissance d'un état de santé par ailleurs stationnaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_734/2014 du 23 novembre 2015 consid. 4.2). Dans le cas d'un assuré qui avait refusé de subir une arthrodèse de la cheville et auquel les médecins n'avaient pas proposé d'autre traitement, le Tribunal fédéral a confirmé que c'était à juste titre que l'assurance-accidents avait conclu à un état stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_247/2018 du 1er avril 2019 consid. 5.3). Le simple fait qu'un traitement médical continue à être nécessaire ne suffit pas non plus à exclure la stabilisation de l'état de santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_956/2009 du 9 mars 2010 consid. 4.1.2). Dans le cas d'un assuré dont le chirurgien avait uniquement suggéré la poursuite d'un traitement symptomatique, antalgique et peut-être une physiothérapie, le Tribunal fédéral a confirmé que l'assureur-accidents était fondé à considérer que l'état de santé était stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4.3). Il faut encore préciser que la stabilisation de l'état de santé doit être estimée de manière pronostique, et non à l'aune de constatations rétrospectives (RAMA 3/2005 n° U 557 p. 389 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_849/2011 du 29 mai 2012 consid. 3.2).

8. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le

médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

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

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

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

d. 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 suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant

selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

e. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). 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 52; ATF 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).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

10. a. En l'occurrence, par sa décision litigieuse, l'intimée a confirmé que l'état de santé du recourant était stabilisé au 25 juillet 2019, de sorte qu'elle pouvait mettre un terme au paiement du traitement médical (hormis des séances de physiothérapie de la colonne vertébrale/lombaire pendant un an et la prise en charge d'un médicament contre les douleurs neuropathiques pendant deux ans) à compter du 26 juillet 2019, cesser le versement des indemnités journalières au 30 novembre 2019 et se prononcer sur le droit du recourant à une rente d'invalidité à compter du 1er décembre 2019, compte tenu d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Son appréciation est fondée sur les conclusions du Dr N_____ des 8 janvier et 25 juillet 2019.

Le recourant estime, pour sa part, que son état de santé n'était pas stabilisé au 25 juillet 2019 et qu'il était dans l'incapacité d'exercer une activité adaptée à 100 %.

b. La chambre de céans constate que les rapports du Dr N_____, médecin d'arrondissement, se fondent sur l'étude du dossier médical du recourant, lequel comprend tous les rapports pertinents, dont le dossier d'imagerie et les constats effectués lors du séjour du recourant à la CRR, ainsi que sur des examens

personnels du recourant. Les plaintes de ce dernier ont été prises en considération et les points litigieux importants ont fait l'objet d'une analyse approfondie. En particulier, avant de se prononcer définitivement sur la stabilisation de l'état de santé du recourant, le Dr N_____ a requis des examens complémentaires (cf. rapport du 8 janvier 2019). Enfin, ses conclusions sont claires, cohérentes et motivées.

Ses rapports remplissent donc les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il convient encore de vérifier s'il existe des indices concrets mettant en cause leur bien-fondé.

S'agissant des atteintes à la santé et de leur évolution, le Dr N_____ a retenu que le recourant présentait une hernie discale extra-foraminale L5-S1 gauche, un status post-chirurgie, une arthrodèse intersomatique L5-S1 par voie trans-foraminale gauche et un status post-arthrodèse. Il persistait incontestablement des séquelles neurologiques douloureuses, essentiellement lombalgiques (cf. rapports des 8 janvier et 25 juillet 2019). Ces constatations et diagnostics sont conformes aux pièces produites par-devant la chambre de céans (cf. rapports du Dr P_____ du 15 février 2019 et de la Dresse Q_____ des 25 février et 5 août 2019).

En outre, avant de retenir la stabilisation du cas, le Dr N_____ s'est assuré que l'arthrodèse lombaire effectuée le 31 mai 2017 avait fusionné de manière stable. Or, cet élément a été confirmé par imagerie du 13 juin 2019.

Par ailleurs, la stabilisation du cas a été confirmée par l'évaluation du Dr P_____, qui a relevé qu'il n'y avait pas d'indication à une nouvelle prise en charge chirurgicale (cf. rapport du 15 février 2019), tout comme l'a fait la Dresse Q_____, cette spécialiste ajoutant que le recourant devait continuer un travail de reconditionnement, étant précisé qu'il ne retrouverait pas une condition physique identique à celle existant avant l'accident et qu'il devait se décentrer de sa symptomatologie douloureuse chronique (rapports des 25 février et 5 août 2019).

On relèvera encore qu'à la fin de l'année 2018 déjà, le Dr O_____ avait retenu l'existence de troubles de la statique, avec plusieurs facteurs de risque pour une chronicisation, essentiellement d'ordre psychologique et social. La voie purement conservatrice devait être privilégiée et les approches plus invasives ne devaient pas être proposées au recourant. Quoi qu'il en soit, une neurostimulation ne pourrait en tout cas pas assurer une amélioration fonctionnelle, son efficacité étant démontrée uniquement sur l'intensité des douleurs (cf. rapport du 22 novembre 2018).

En définitive, seule la Dresse M_____, médecin traitant, a contesté la stabilisation du cas au 25 juillet 2019, au motif que le Dr N_____ n'aurait pas tenu compte des douleurs neuropathiques séquellaires (rapport du 29 août 2019). Or, contrairement à que la Dresse M_____ a avancé, ces atteintes ont dûment été prises en considération par le médecin d'arrondissement (cf. rapport du 8 janvier 2019).

Enfin, contrairement à ce qu'avance le recourant, la persistance de douleurs et l'absence d'un diagnostic clair quant à l'origine des dorsalgies ne constituent pas

des conditions suffisantes pour retenir que son état de santé n'était pas stabilisé au 25 juillet 2019. En effet, encore faut-il que la poursuite du traitement médical soit susceptible d'apporter une amélioration sensible de son état de santé, au sens de l'art. 19 al. 1 LAA. Or, aucun médecin ayant examiné l'intéressé ne le prétend.

La chambre de céans considère ainsi comme établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, qu'à compter du 25 juillet 2019, il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé somatique du recourant.

Par conséquent, l'intimée était fondée à mettre un terme à la prise en charge des frais médicaux dès le 26 juillet 2019 (hormis des séances de physiothérapie pendant un an et la prescription d'un médicament contre les douleurs neuropathiques pendant deux ans) et au versement des indemnités journalières dès le 1er décembre 2019.

c. S'agissant de la capacité de travail retenue par l'intimée, que le recourant conteste, on relèvera que le Dr N_____ a reconnu que les troubles causés par l'accident assuré étaient incompatibles avec l'activité habituelle du recourant. Par contre, on pouvait exiger qu'il effectue une activité professionnelle essentiellement sédentaire, à plein temps, sans baisse de rendement, avec une alternance entre la position assise et la position debout. Les restrictions empêchaient toutefois le port de charges supérieures à 8 kg, la rotation du tronc par rapport au bassin, la position en porte-à-faux et statique prolongée, les piétinements et les montées sur échelle (cf. rapport du 25 juillet 2019). Il y a lieu de remarquer que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr N_____ correspondent à celles mentionnées par la Dresse Q_____, et qu'elles sont même plus sévères. En effet, cette spécialiste a estimé que le recourant ne pouvait plus faire un travail physique impliquant de la marche prolongée, le port de charges et des mouvements répétés de torsion du rachis. Par contre, il pouvait exercer une activité sédentaire, en position assise, avec la possibilité de se relever régulièrement (cf. rapport du 5 août 2019).

Par ailleurs aucun des nombreux médecins consultés par le recourant ne s'est expressément déterminé sur le taux de sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, à l'exception du Dr U_____, médecin traitant, lequel a estimé qu'elle n'excédait pas 50 %, avec un port de charges limité à 5 kg (cf. rapport du 30 septembre 2020). Or, il sied de relever que le Dr U_____, qui se trouve dans une relation particulière de confiance avec le recourant, n'a fourni aucune justification à l'appui de son appréciation très succincte, tout comme la Dresse M_____, qui a simplement considéré que les conclusions du Dr N_____ étaient incohérentes (cf. rapport du 29 août 2019).

Les pièces versées au dossier ne contiennent donc aucun indice concret permettant de mettre en cause les conclusions du médecin d'arrondissement de l'intimée.

Partant, il y a lieu de retenir qu'en raison des atteintes somatiques causées par l'accident survenu le 28 avril 2010, le recourant présentait, au degré de la

vraisemblance prépondérante, une capacité de travail totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sans baisse de rendement, à compter du 25 juillet 2019.

11. a. Il y a lieu encore d'examiner si les troubles psychiques présentés par le recourant auraient dû être pris en compte par l'intimée pour déterminer sa capacité de travail résiduelle et, partant, son degré d'invalidité.

b. Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 140 V 356 consid. 5.3; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV n° 3 p. 8 et 8C_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n° 23 p. 84; arrêt du Tribunal fédéral 8C_622/2015 du 25 août 2016 consid.3.3).

Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minime, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas,

l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester.

Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue.

Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique.

Le Tribunal fédéral a qualifié d'accident de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité, une chute en arrière d'une patineuse suite à laquelle sa tête avait heurté la glace (arrêt du Tribunal fédéral 8C_878/2012 du 4 septembre 2013).

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

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb). Dans ce dernier cas de figure, pour que le caractère adéquat de l'atteinte psychique puisse être retenu, il faut un cumul de quatre critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence ou que l'un des critères se manifeste avec une intensité particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C_775/2017 du 13 juin 2018 consid. 5.3 et la référence).

c. En l'occurrence, il ressort du dossier que le 28 avril 2010, le recourant a perdu l'équilibre en portant un fauteuil sur son lieu de travail et qu'en tombant, il a heurté les pieds du fauteuil. Le recourant a ainsi fait une chute banale de sa propre hauteur, ne représentant pas un événement à haute énergie. L'accident ne peut dès lors être qualifié que de peu de gravité et l'existence d'un lien de causalité entre celui-ci et les troubles psychiques du recourant doit en conséquence être niée. Il en résulte qu'il n'y a pas lieu de déterminer la capacité de travail résiduelle du recourant et son degré d'invalidité, dans le cadre du présente litige, en tenant compte de son atteinte psychique.

12. a. Le recourant a contesté l'abattement sur le revenu avec invalidité pris en compte par l'intimée pour déterminer son taux d'invalidité.

b.a. Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 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 (art. 19 al. 1, phr. 1 LAA).

b.b. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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 128 V 29 consid. 1 ATF 130 V 343 consid. 3.4). Dans ce contexte, on évaluera le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. Lorsqu'il a repris l'exercice d'une

activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé, il faut d'abord examiner si cette activité est stable, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social. Si ces conditions sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalide (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 5; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa).

Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu d'invalide, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour non-actifs (art. 8 al. 3 LPGA), procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (procédure extraordinaire d'évaluation). La différence fondamentale entre cette procédure et la méthode spécifique réside dans le fait que l'invalidité n'est pas évaluée directement sur la base d'une comparaison des activités; on commence par déterminer, au moyen de cette comparaison, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 128 V 29 consid. 1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1).

Selon le principe prévalant dans le domaine de l'assurance-invalidité et applicable également dans l’assurance-accidents, un assuré doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. Le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret. Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 I 205 consid. 3.2 et les références; cf. aussi arrêt 9C_644/2015 du 3 mai 2016 consid. 4.3.1).

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 et ATF 128 V 174).

b.c. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. 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 l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence).

b.d. Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. Il correspond au revenu effectivement réalisé par l'intéressé pour autant que les rapports de travail apparaissent particulièrement stables, qu'en exerçant l'activité en question celui-ci mette pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible et encore que le gain ainsi obtenu corresponde à son rendement effectif, sans comporter d'éléments de salaire social. 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'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales résultant des DPT établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

Il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, 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 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique – médiane – s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une

évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc), étant toutefois précisé que le Tribunal fédéral a laissée ouverte la question de savoir si, dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, le critère de l'âge constitue 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 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202; cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_661/2018 du 28 octobre 2019 consid. 3.3.4.2 et 8C_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.2 et les références citées).

Un abattement sur le revenu d'invalide n'est en principe pas appliqué pour des personnes assurées dont la dernière activité impliquait des travaux physiquement contraignants et qui, après la survenance d'une atteinte à la santé, ne peuvent exercer plus qu'un travail légèrement ou moyennement contraignant, mais sans limitation de l'horaire de travail ni baisse de rendement, parce que le salaire statistique retenu dans leur cas est tiré d'un tableau de l'ESS correspondant à un faible niveau d'exigence englobant un grand nombre de tâches légères ou moyennement lourdes et que la personne assurée n'a pas à subir de ce seul fait une diminution de son revenu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_381/2017 du 7 août 2017 consid. 4.2.2 et références citées).

Dans un arrêt 9C_677/2015 du 25 janvier 2016, le Tribunal fédéral a jugé qu'un abattement de 15% se justifiait, vu la nature des limitations fonctionnelles présentées par l'intéressé (pas de mouvement en porte-à-faux, pas de charges de plus de 10 kilos, pas de mouvements répétitifs du rachis, alternance des positions debout et assis), lequel était, en outre, âgé de 54 ans et avait été absent de façon prolongée du marché du travail. Seules des concessions salariales sensibles pourraient compenser cet état de fait et permettre à l'intéressé d'être compétitif sur le marché du travail.

Dans un arrêt 8C_311/2015 du 22 janvier 2016, le Tribunal a estimé qu'un taux de 10% tenait suffisamment compte de l'âge de l'assuré (près de 55 ans au moment de la comparaison des revenus) et de ses limitations fonctionnelles. Il a relevé qu'un abattement plus élevé n'était pas indiqué, dès lors qu'il n'y avait pas lieu de retenir des problèmes particuliers d'adaptation. L'assuré avait été en mesure de changer d'entreprise et de se plier à de nouvelles contraintes émanant d'employeurs différents. Par ailleurs, on ne pouvait prendre en compte des difficultés linguistiques dans le cas d'un assuré arrivé en Suisse en 1981 et y ayant vécu de nombreuses années. Quant à l'absence de formation professionnelle certifiée et à la scolarité limitée, les premiers juges ont rappelé que ce défaut n'avait pas entravé l'assuré dans ses recherches d'emploi avant d'être atteint dans sa santé.

c. En l'espèce, l'intimée a correctement pris en compte, pour déterminer le taux d'invalidité du recourant, le salaire sans invalidité qu'il aurait touché en 2019, selon

les indications de son ex-employeur du 10 juillet 2019 et le salaire statistique résultant des ESS 2016 pour une activité de niveau 1, compte tenu d'un horaire hebdomadaire de 41,7 heures en 2019 et indexé à 2019.

L'intimée a procédé à un abattement de 10% sur le salaire d'invalide pour tenir compte des limitations fonctionnelles. Le recourant a fait valoir que l'abattement aurait dû être plus important compte tenu de sa capacité de travail très partielle et de ses limitations fonctionnelles.

Il n'y a pas lieu de tenir compte d'une capacité de travail partielle, dès lors que la décision de l'intimée a été confirmée en tant qu'elle retenait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès le 25 juillet 2019, sans tenir compte des troubles psychiques du recourant. S'agissant des limitations fonctionnelles, elles ne sont pas si importantes qu'elles justifieraient un abattement supplémentaire. Les autres facteurs permettant un abattement supplémentaire ne sont pas réalisés. L'âge du recourant, son manque de formation et de maîtrise du français ne constituent pas des facteurs susceptibles de jouer un rôle significatif sur ses perspectives salariales, s'agissant d'activités simples et répétitives de niveau de compétence 1.

Partant, c'est à juste titre que l'intimée a retenu un abattement de 10 %.

13. a. Le recourant conteste le degré de l'IPAI retenu, au motif que ses troubles psychiques n'avaient pas été pris en compte.

b. Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'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 (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1 phr. 1); 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 phr. 2). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se

distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d).

c. En l'espèce, dès lors que les troubles psychiques ne sont pas en lien de causalité adéquate avec l'événement assuré par l'intimée, c'est à juste titre que l'IPAI a été établie sans en tenir compte. Le recourant n'a pas produit de pièces médicales remettant en cause l'appréciation de l'IPAI par le Dr N_____ le 20 novembre 2019, de sorte qu'il se justifie de confirmer cette dernière. La décision querellée est ainsi bien fondée en tant qu'elle retient une IPA de 12%.

14. Infondé, le recours doit être rejeté.

15. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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

Isabelle CASTILLO — 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