RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1628/2021 **ATAS/116/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 février 2022

4ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à SAINT FONS, France 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 Dana DORDEA, Juges assesseur·e·s

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant) était employé de B_____ SA depuis le 17 juin 2019 à 100%, lorsqu'il a subi un accident sur un chantier le 17 juin 2019. Il a senti un claquage dans le coude droit alors qu'il levait une plaque de plâtre.

b. Le 17 juin 2019, le service des urgences de l'Hôpital privé Pays de Savoie a prodigué les premiers soins à l'assuré et attesté que son état de santé nécessitait un arrêt de travail de 100% du 17 au 22 juin 2019.

c. L'accident a été annoncé à la SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après la SUVA ou l'intimée).

d. Le docteur C_____ a attesté, le 18 juin 2019, que les clichés pratiqués par Imagerie médicale du Léman au coude droit de l'assuré n'avaient décelé aucune lésion osseuse traumatique.

e. La doctoresse D_____, de la clinique des Grangettes, consultée le 20 juin 2019 par l'assuré, a diagnostiqué une « rupture partielle insertion biceps distale », précisant que l'assuré se plaignait de douleurs du pli du coude droit depuis trois jours après un port de charges d'environ 40 kg à bout de bras, avec des douleurs immédiates et une impression de déchirement.

f. Le 22 juin 2019, le docteur E_____, suite à une IRM du coude droit du 21 juin 2019, a relevé que celle-ci illustrait une déchirure partielle étendue du tendon du biceps brachial, prédominant au niveau de son attache. L'importance de la déchirure était difficile à déterminer, mais elle intéressait par endroit plus de 50% du volume du tendon. Il n'y avait pas de désinsertion, ni de rétraction du tendon mises en évidence, ni de fracture ou d'arrachement.

g. Le docteur F_____, chirurgien orthopédiste et traumatologue, spécialiste de la main exerçant à Lyon, a procédé, le 8 juillet 2019, à une réinsertion sur la tubérosité bicipitale et à une neurolyse du nerf radial de l'assuré.

h. Selon une notice téléphonique du 21 novembre 2019, l'assuré avait appelé le gestionnaire de la SUVA, car il était très inquiet quant à la possibilité de reprendre un jour son activité professionnelle. Il souhaitait savoir s'il pouvait faire une autre activité professionnelle ou même du bénévolat, car il devenait fou à la maison.

i. L'assuré a été examiné le 26 février 2020 par le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, lequel a résumé l'évolution suivant les pièces communiquées, les déclarations de l'assuré et ses constatations. Il a posé le diagnostic de rupture de la portion distale du biceps et conclu que le cas n'était pas stabilisé actuellement compte tenu des éléments. Le métier antérieurement exercé n'était plus possible, mais on pouvait exiger de l'assuré une reprise à temps complet sans perte de rendement dans tous

les métiers qui n'utilisaient pas en répétition la flexion/extension et/ou la pronosupination avec une utilisation de force supérieure à 500 g.

j. Selon une notice téléphonique du 24 avril 2020, l'assuré avait informé le gestionnaire de la SUVA qu'il avait toujours une douleur constante. Il n'y avait plus d'opération prévue et il n'était plus suivi médicalement depuis le mois de mars. Il disait avoir récupéré de la force, mais n'avoir pas de résistance. L'évolution était favorable, mais son état stagnait depuis le mois de janvier. Son état était loin d'être comme avant l'accident. À ce jour, la reprise de son ancienne activité n'était pas envisageable. Il avait rendez-vous le 5 mai chez son chirurgien et espérait que celui-ci serait maintenu.

k. À la demande du Dr G_____, la doctoresse H_____, chirurgienne orthopédiste, chirurgie de la main, a donné un deuxième avis sur le cas de l'assuré le 22 juin 2020, après l'avoir vu en consultation.

l. L'assuré a demandé les prestations de l'assurance-invalidité le 18 juin 2020.

m. Le 4 août 2020, il a fait une IRM du coude droit, suite à laquelle il a été conclu à une insertion distale du biceps brachial d'aspect continu, hétérogène modérément épaissi en hypersignal DP Fat-Sat sans signe de rupture de rétraction des fibres myotendineuses avec minime artefact métallique en regard de son insertion au niveau de la tubérosité radiale. Le reste de l'examen était sans particularité.

n. Selon un rapport établi le 24 août 2020 par le Dr F_____, l'évolution immédiate avait été favorable avec une récupération complète des mobilités, mais la persistance de douleurs le long du tendon du biceps. Il avait fait réaliser une IRM qui montrait une bonne réinsertion du tendon, même si ce dernier était encore légèrement inflammatoire. Il prescrivait à l'assuré quelques jours d'anti-inflammatoires afin d'améliorer la situation, qui devait rentrer dans l'ordre spontanément. L'assuré pouvait reprendre l'ensemble de ses activités et le Dr F_____ n'avait pas prévu de le revoir à titre systématique.

o. Le Dr G_____ a établi un nouveau rapport le 24 septembre 2020 après avoir examiné l'assuré le jour précédent, concluant que le cas était stabilisé et que dans le respect de ses limitations fonctionnelles, l'exigibilité était pleine et sans perte de rendement. En revanche, l'activité de maçon et plaquiste était définitivement compromise. Il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité compte tenu de la bonne restauration fonctionnelle et anatomique évaluable.

p. Le 30 septembre 2020, la SUVA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 décembre 2020. Elle continuerait cependant à prendre en charge les contrôles médicaux encore nécessaires, à savoir quelques séances de physiothérapie, au maximum neuf.

q. Dans une décision du 21 décembre 2020, la SUVA a informé l'assuré qu'il ressortait de ses investigations qu'il était à même d'exercer une activité à la journée entière dans différents secteurs de l'économie respectant ses limitations fonctionnelles. Une telle activité lui permettrait de réaliser, selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après ESS), TA1, homme, niveau de compétence 1, un revenu de CHF 69'265.-. Comparé au gain de CHF 62'255.30 réalisable sans l'accident, il n'en résultait aucune perte, donc aucun droit à une rente d'invalidité.

Selon l'examen effectué le 23 septembre 2020, l'assuré ne subissait pas d'atteinte importante à l'intégrité physique. Dès lors, les conditions pour l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après IPAI) n'étaient pas remplies.

r. Par projet de décision du 14 janvier 2020, l'OAI a informé l'assuré qu'il refusait de lui octroyer une rente d'invalidité et des mesures professionnelles.

s. Par pli du 29 janvier 2021, l'assuré a contesté la décision de la SUVA et conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une IPAI.

t. Par décision sur opposition du 24 mars 2021, la SUVA a rejeté l'opposition formée par l'assuré à sa décision du 21 décembre 2020.

B. **a.** L'assuré a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice le 10 mai 2021, concluant à ce qu'une expertise soit ordonnée et à ce qu'il soit constaté qu'il était dans l'impossibilité de reprendre un travail sans se réorienter professionnellement.

b. Par réponse du 31 mai 2021, la SUVA a conclu au rejet du recours.

c. Le 10 janvier 2022, la Vice-Présidente du Tribunal de première instance a rejeté la demande d'assistance juridique du recourant.

d. Le recourant ne s'est pas présenté, sans excuses, à une audience de comparution personnelle fixée le 19 janvier 2022 par la chambre de céans.

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. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité et à une IPAI de 30%.

4.

4.1 L'assuré a fait valoir qu'il n'avait pas eu connaissance du rapport du Dr G_____ faisant suite à l'examen médical du 23 septembre 2020 avant le 25 janvier 2021, de sorte qu'il n'avait pas pu le contester et demander une expertise plus sérieuse.

Selon l'intimée, le recourant avait reçu le rapport médical du 24 septembre 2020 le 25 janvier 2021, donc à temps pour la rédaction de son opposition, qui en faisait mention. Rien ne pouvait donc être reproché à l'administration quant à la transmission des documents pertinents au recourant.

4.2 Tel que garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., le droit d'être entendu comprend, notamment, le droit pour l'intéressé de prendre connaissance du dossier (ATF 126 I 7 consid. 2b p. 10; arrêt du Tribunal fédéral 2C_782/2015 du 19 janvier 2016 consid. 2.1), de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique, de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou, à tout le moins, de s'exprimer sur son résultat, lorsque cela est de nature à influer sur la décision à rendre (ATF 135 II 286 consid. 5.1 p. 293; 132 II 485 consid. 3.2 p. 494; 127 I 54 consid. 2b p. 56).

Selon la jurisprudence, une violation du droit d'être entendu est considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours pouvant contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée, à condition toutefois que l'atteinte aux droits procéduraux de la partie lésée ne soit pas particulièrement grave, de sorte qu'il n'en résulte aucun préjudice pour le justiciable (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2 p. 197; 133 I 201 consid. 2.2 p. 204).

4.3 En l'espèce, le rapport du Dr G_____ du 23 septembre 2020 a été envoyé par l'intimée le 20 janvier 2021 au recourant, qui l'a reçu le 25 suivant. L'intimée a ainsi violé le droit d'être entendu du recourant, qui aurait dû recevoir le rapport avant que la décision du 30 septembre 2020 soit rendue. Cela étant, l'intimée a réparé cette violation en transmettant le rapport au recourant en temps utile pour que celui-ci puisse en prendre connaissance avant de rédiger son opposition. Dans cette dernière, qui est non datée mais qui a été reçue par l'intimée le 2 février 2021, le recourant conteste en effet le rapport en question et ne se plaint pas de ne pas avoir eu suffisamment de temps pour en prendre connaissance.

En conséquence, ce premier grief du recourant doit être écarté.

5. Le recourant a contesté la valeur probante de l'expertise du Dr G_____.

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 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).

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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

5.2

5.2.1 Les rapports du Dr G_____ des 26 février et 24 septembre 2020 sont détaillés. Ils résument l'évolution du cas selon les pièces communiquées, mentionnent les déclarations du recourant, les constatations faites lors d'un examen clinique et le diagnostic retenu. Les conclusions du Dr G_____ sont convaincantes et ne sont pas sérieusement remises en cause par les autres rapports médicaux au dossier, en particulier pas par les rapports des Drs F_____ et

H_____. En effet, selon cette dernière, la suite postopératoire était favorable avec des mobilités tout à fait correctes et une force relative. Si elle a retenu, dans son rapport du 22 juin 2020, qu'il semblait peu probable que le recourant puisse reprendre son travail de maçon ou de plaquiste en sécurité, elle ne s'est pas prononcée sur sa capacité de travail dans une activité adaptée, ne semblant ainsi pas l'exclure, même si elle estimait nécessaire de prévoir une réinsertion sociale avec une réadaptation de poste pour un changement de profession, ce qui n'est pas déterminant. Quant au Dr F_____, il considérait dans son rapport du 24 août 2020 que l'assuré pouvait reprendre l'ensemble de ses activités.

5.2.2 Le recourant a fait valoir que le Dr G_____ avait indiqué, dans son rapport du 26 février 2020, qu'il avait besoin de faire réaliser des investigations, mais que celles-ci n'avaient jamais abouti. Il avait préconisé au minimum une exploration échographique et/ou une IRM locale de même qu'un électromyogramme des MS.

Il convient de préciser à cet égard que le Dr G_____ a également indiqué dans son rapport du 26 février 2020 qu'il écrivait au Dr F_____ pour lui demander une réévaluation du cas de l'assuré, ce qu'il a fait le jour suivant, en demandant à ce médecin s'il fallait programmer une échographie et/ou une IRM de contrôle. Le recourant a informé la SUVA ne pas avoir pu prendre rendez-vous avec son chirurgien avant le 6 mai 2020 et que ce dernier ne pourrait par conséquent pas répondre au Dr G_____ avant cette date. Le Dr G_____ a alors demandé à la Dresse H_____ de voir l'assuré et de lui donner un avis sur le status et ses possibilités fonctionnelles.

Une IRM du coude droit de l'assuré a été effectuée le 4 août 2020 et adressée au Dr F_____, qui a indiqué dans son rapport du 24 août 2020 que l'évolution immédiate avait été favorable avec une récupération complète des mobilités, mais la persistance de douleurs le long du tendon du biceps. L'IRM qu'il avait fait réaliser montrait une bonne réinsertion du tendon, même si ce dernier était encore légèrement inflammatoire. Il prescrivait au patient quelques jours d'anti-inflammatoires afin d'améliorer la situation, qui devait rentrer dans l'ordre spontanément. L'assuré pouvait reprendre l'ensemble de ses activités et il n'avait pas prévu de le revoir à titre systématique. Les conclusions claires de ce médecin permettent de considérer qu'il les a prises sans estimer nécessaire de procéder à d'autres examens et que l'IRM était suffisante. Il en résulte que l'on ne peut reprocher au Dr G_____ d'avoir procédé à un complément d'instruction insuffisant, suite à son rapport du 26 février 2020, avant de rendre son dernier rapport du 24 septembre 2020, qui est fondé sur une instruction complémentaire lui ayant permis d'obtenir l'appréciation de deux chirurgiens orthopédistes et les résultats d'une IRM.

5.2.3 Le recourant a fait valoir que le rapport « du 23 septembre 2020, partie 4, discussion chapitres B et C » était en totale contradiction, car le médecin indiquait clairement qu'il ne pouvait pas porter des charges lourdes à cause de sa condition

physique et qu'à la fois il pouvait porter des charges lourdes grâce à sa condition physique.

Contrairement à ce que soutient le recourant, le Dr G_____ n'est pas contradictoire dans son rapport du 24 septembre 2020, dans lequel il explique de façon claire que l'ancienne activité du recourant n'est pas compatible avec son état de santé, du fait qu'elle exige des centaines de mouvements avec des poids supérieurs à 20 kg en flexion-extension, mais qu'il peut toujours soulever des poids inférieurs à 25 kg de façon ponctuelle et de façon fréquente et rapide des poids supérieurs à 18 kg. Les deux situations ne sont en effet pas similaires et le Dr G_____ n'a pas exclu tout usage de la force. Il avait lui-même constaté, lors d'un examen clinique, que la force du recourant au Jamar était supérieure à 50 kg à droite et 48 kg à gauche, répété trois fois, que la force de flexion contrariée au coude était très satisfaisante et que lever un fauteuil de 13 kg était rapide et efficace. Ses conclusions sont par ailleurs cohérentes avec ce que lui avait dit le recourant, à savoir qu'il se sentait capable de reprendre une activité en intensité mais pas en fréquence, qu'il ne pouvait plus utiliser son bras droit pour porter des charges de plus de 20 kg 300 fois par jour (fréquence et rapidité), sans que la douleur apparaisse, ce qui n'était pas le cas « dans l'intensité » si elle était ponctuelle.

5.2.4 Le recourant a encore fait valoir que la Dresse H_____ indiquait dans son rapport du 22 juin 2020 qu'il avait une force relative que l'on ne pouvait pas mesurer ce jour sans instrument adéquat. Il reprochait ainsi au Dr G_____ d'avancer des chiffres de capacité de ports de charges sur une simple appréciation visuelle, sans appareil de mesure adapté, ni évaluation de son état physique dans un centre de traumatologie orthopédique, comme il l'avait demandé.

Le fait que la Dresse H_____ ait indiqué que le recourant avait une force relative que l'on ne pouvait pas mesurer ce jour sans instrument adéquat ne suffit pas à remettre sérieusement en cause les conclusions du Dr G_____, qui sont convaincantes à ce sujet, dès lors qu'elles reposent sur les déclarations du recourant et un examen clinique, lors duquel le Dr G_____ a précisément testé la capacité du recourant à porter des charges.

5.2.5 En conclusion, les rapports du Dr G_____ doivent se voir reconnaître une pleine valeur probante.

6. Le recourant a fait valoir que le cas n'était pas stabilisé, compte tenu du fait que le métier antérieurement exercé n'était plus exigible.

6.1 Conformément à l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le

marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

La notion d'incapacité de travail est la même dans toutes les branches des assurances sociales ; une personne est considérée comme incapable de travailler lorsque, pour cause d'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, elle ne peut plus exercer son activité habituelle ou ne peut l'exercer que d'une manière limitée ou encore seulement avec le risque d'aggraver son état. Elle s'apprécie en principe sur la base de données médicales et en fonction de la profession exercée jusque-là par l'assuré. Toutefois, en cas d'incapacité durable dans l'ancienne profession, l'assuré est tenu, en vertu de son devoir de diminuer le dommage, d'utiliser dans un autre secteur sa capacité fonctionnelle résiduelle (FRESARD / MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoires, SBVR, 2ème éd., n. 152 p. 895 ; ATAS/791/2011 du 30 août 2011consid. 7).

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

6.2 Il résulte des considérations qui précèdent que l'état de santé peut être stabilisé même si le métier habituel n'est plus exigible, car il peut être attendu des personnes assurées qu'elles exercent une autre activité que leur activité habituelle, adaptée à leurs limitations fonctionnelles. En l'espèce, dans la mesure où aucun nouveau traitement ou intervention chirurgicale susceptible d'améliorer la capacité de travail du recourant ne sont préconisés, c'est à juste titre que le Dr G_____ a retenu que son état était stabilisé et que l'intimée a considéré qu'une activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant était exigible de lui.

7. Il convient encore d'examiner le bien-fondé du calcul du taux d'invalidité par l'intimée.

7.1

7.1.1 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).

7.1.2 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 du Tribunal fédéral 9C_644/2015 du 3 mai 2016 consid. 4.3.1).

7.1.3 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).

7.1.4 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).

7.1.5 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 laissé 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).

7.2

7.2.1 Le recourant a fait valoir que, selon le revenu avec invalidité retenu par l'intimée sur la base des ESS, il serait mieux payé dans un poste sans qualification ni expérience et après un arrêt de travail de 18 mois qui faisait suite à un accident de travail dont il conservait des séquelles, que dans son ancien emploi qualifié avec expérience et en parfait état de santé. Cela ne correspondait pas avec le fait qu'il avait été retenu que seules deux possibilités s'offraient à lui, puisqu'il se retrouvait sans pouvoir exercer ses diplômes, à savoir un travail dans l'hébergement ou dans la restauration.

À cet égard, la jurisprudence admet, de manière constante, que l'évaluation de l'invalidité repose sur des données statistiques lorsque la personne assurée n'exerce plus d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail (ATF 135 V 297 consid. 5.2 p. 301 et les arrêts cités), et que le principe constitutionnel de l'égalité de traitement commande de recourir aux salaires statistiques ressortant de l'ESS, sans tenir compte de données salariales régionales, et à plus forte raison cantonales (arrêt 9C_535/2019 du 31 octobre 2019 consid. 4 et les arrêts cités). Le recourant ne met en évidence aucun élément qui justifierait de s'écarter de cette jurisprudence constante (sur les conditions d'un changement de jurisprudence, ATF 144 V 72 consid. 5.3.2 p. 77).

7.2.2 Le recourant fait valoir dans son recours qu'il était dans l'impossibilité de reprendre un travail sans se réorienter professionnellement.

En l'espèce, on peut attendre du recourant qu'il se réoriente professionnellement dans une activité correspondant au salaire statistique retenu, qui 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. En effet, son âge (49 ans lors du calcul de la rente) et ses limitations fonctionnelles (pas de flexion-extension du coude en soulèvement de poids de plus de 25 kg de façon ponctuelle et 18 kg de façon fréquente et rapide) ne permettent pas de considérer qu'il ne pourrait trouver un travail adapté dans un marché du travail équilibré. Il n'est de plus pas dénué de ressources, à teneur de la note téléphonique du 11 mars 2020, dont il ressort qu'il disait être au bénéfice de plusieurs CFC (maçon du bâti ancien, avec un complément de compétences dans le bâtiment ; chauffagiste et mécanicien automobile), avoir travaillé dans le domaine du tertiaire, avoir une bonne expérience et avoir étudié la gestion

d'entreprise. Cela ressort également de son entretien avec la SUVA du 26 juin 2020, lors duquel il avait dit prendre conscience qu'il devait réorganiser sa vie professionnelle, qu'il pensait à une activité du tertiaire dans le bâtiment comme des prises de mesures, la topographie ou l'organisation d'un chantier et qu'il allait se renseigner auprès d'entreprises suisses pour voir s'il pourrait être engagé pour ce type d'activités avec une formation.

En conséquence, le revenu d'invalide pris en compte par l'intimée doit être confirmé.

8. L'intimée a refusé l'octroi d'une IPA, ce que le recourant conteste, estimant avoir droit à une IPAI de 30%.

8.1 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).

Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 p. 415; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2).

8.2 En l'espèce, le Dr G_____ a, le 24 septembre 2020, considéré que le recourant ne pouvait se prévaloir d'une atteinte à l'intégrité compte tenu de la bonne restauration fonctionnelle et anatomique évaluable.

Le recourant n'a pas produit d'éléments médicaux qui permettraient de remettre en cause les conclusions du Dr G_____, dont le rapport est probant. Il en résulte que la décision querellée doit être confirmée en tant qu'elle n'octroie pas d'IPAI au recourant.

9. Les considérants qui précèdent conduisent ainsi au rejet du recours.

La procédure est gratuite (art. 61 let. fbis a contrario 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