RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1928/2023 **ATAS/1027/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 décembre 2023

Chambre 9

En la cause

A_____ recourant
représenté par Me Laurence MIZRAHI

contre

SUVA - CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS intimée
représentée par Me Jeanne-Marie MONNEY

Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente ; Andres PEREZ et Michael RUDERMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1968, a travaillé en qualité d'installateur électricien pour une entreprise d'électricité dès 2015. À ce titre, il était assuré contre les accidents par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

b. L'assuré a subi un premier accident le 2 mars 2017, lors duquel il a glissé sur des tuyaux sur un chantier. Cet accident a entraîné une entorse de la cheville gauche avec fissuration longitudinale de trois centimètres sur le tendon court péronier en aval de la fibula. Il a été en incapacité de travail totale dès cette date. Conformément aux conclusions du médecin d'arrondissement de la CNA, il était censé reprendre le travail à 50% dès le 7 mai 2018, puis à 100% dès le 25 juin 2018.

B. **a.** Le 16 avril 2018, l'assuré a subi une nouvelle entorse de la cheville gauche alors qu'il marchait sur un trottoir. À la suite de cet événement, son médecin traitant a continué à attester une incapacité de travail totale.

b. L'assuré a été traité dans un premier temps par une injection de plasma riche en plaquettes sous contrôle ultrasonographique, pratiquée le 4 décembre 2018 aux Hôpitaux universitaires genevois (HUG). Le 9 juillet 2019, les médecins des HUG ont procédé à une révision endoscopique des péroniers, un allongement des gastrocnémiens et une stabilisation externe de la cheville. Dans leur compte rendu opératoire, ils ont mentionné les diagnostics de tendinopathie fissuraire du court péronier, d'instabilité externe de la cheville gauche, et d'équin gastrocnémien.

c. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) du 5 novembre au 4 décembre 2019. Dans leur rapport du 16 décembre 2019, les docteurs B_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et C_____, ont posé les diagnostics d'entorses en inversion de la cheville gauche en 2017, puis en avril 2018, de tendinopathie fissuraire du court péronier et d'instabilité externe de la cheville gauche, d'équin gastrocnémien, de probable conflit antéro-externe, de tendinopathie des péroniers latéraux, de discrets signes de tendinopathie du tibial postérieur ainsi que d'obésité de grade II. Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Des facteurs contextuels pourraient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles, notamment un catastrophisme élevé et une kinésiophobie légère. L'évolution avait été favorable. La participation de l'assuré aux thérapies avait été élevée, et aucune incohérence n'était relevée. Les médecins ont rapporté que le moral était bon. La situation serait stabilisée un à trois mois plus tard. Le pronostic de réinsertion à court terme était favorable, et on s'attendait à une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle.

d. Une IRM ayant confirmé une pathologie fissuraire des tendons et un débordement de 2 mm de l'ancre posée et au vu de l'échec du traitement

chirurgical, puis conservateur, et des douleurs de l'assuré en regard du point d'ancrage ligamentaire, le docteur D_____, médecin au service de chirurgie orthopédique des HUG, a proposé une révision chirurgicale des tendons péroniers et une arthroscopie de la cheville pour un débridement antéro-externe. Cette intervention a été pratiquée le 28 août 2020.

e. À la suite d'une dégradation de l'état de la cheville signalée par le Dr D_____ dans un rapport du 12 avril 2021, qui pouvait selon lui être en lien avec une infection par la COVID-19, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, a sollicité un consilium de la docteure F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.

Cette spécialiste a établi son rapport en date du 14 juin 2021. Après son examen, complété par des échographies et un électroneuromyographe (ENMG), elle a posé les diagnostics d'entorses de la cheville gauche en 2017 et en 2018 et de conflit antéro-externe sur le ligament de Basset traité par infiltration avec succès en 2017, de fissure longitudinale du tendon court fibulaire révisée chirurgicalement et débridée mais non suturée, de plastie ligamentaire, d'allongement des gastrocnémiens, et de résection d'ostéophytes du tibia distal et excision de fragments libres le 8 juillet 2019, de résection de l'ancre et de révision des tendons fibulaire par voie ouverte et résection d'un muscle des tendons fibulaires le 4 juin (*recte* 28 août) 2020, de perte de sensibilité au piqué des quatrième et cinquième orteils à gauche et de douleurs dans le mollet en relation avec une atteinte du nerf sural objectivée à l'ENMG, de dysesthésies et douleurs du gros orteil gauche dans le territoire du nerf fibulaire superficiel, et d'obésité de grade II. Les douleurs persistantes de l'articulation tibio-talienne irradiant dans le gros orteil, de même que les douleurs du mollet avec perte de sensibilité des quatrième et cinquième orteils, paraissaient d'ordre neurologique. L'échographie avait révélé un nerf sural interne intact, mais un nerf irrégulier au niveau du mollet externe, néanmoins sans section. La Dre F_____ s'interrogeait sur un statut purement cicatriciel. Les douleurs du mollet étaient probablement liées à une lésion du nerf sural. Elle a mentionné un traitement antidépresseur prescrit par le psychiatre de l'assuré. L'avis d'un spécialiste de la douleur devrait être requis. Elle était d'avis que des anesthésies locales tests pouvaient être envisagées pour mieux cerner la composante neurogène des douleurs, tout à fait anormales à ce stade. Il n'était du reste pas exclu que les douleurs soient en relation avec un syndrome douloureux complexe régional (CRPS ou algoneurodystrophie) de type II, et elle proposait une scintigraphie.

Cet examen a été réalisé le 14 juillet 2021. Il a notamment mis en évidence une discrète asymétrie de distribution tissulaire en défaveur du pied et de la cheville gauches, compatible avec une algoneurodystrophie en phase froide (tardive).

f. Le docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a certifié le 21 juillet 2021 que l'état psychique de l'assuré justifiait un suivi spécialisé depuis le 30 mai

2018. Cet accompagnement s'inscrivait dans le cadre de l'accident et de ses conséquences sur la vie personnelle et relationnelle de l'assuré.

g. L'assuré a consulté à quatre reprises le docteur H_____, médecin auprès du centre multidisciplinaire d'évaluation de la douleur des HUG, le premier examen ayant eu lieu en juillet 2021. Ce médecin a prescrit un traitement pour la composante neuropathique des douleurs, arrêté ensuite en raison de la mauvaise tolérance. Une infiltration diagnostique des nerfs sural et fibulaire superficiel, pratiquée le 3 septembre 2021, n'a pas apporté d'effet notable sur les plaintes. Le 17 septembre 2021, ce médecin a préconisé un changement de traitement antidépresseur, en indiquant ne pas avoir d'autre proposition thérapeutique.

h. Le 14 octobre 2021, le docteur I_____, spécialiste FMH en anesthésie, a mentionné des douleurs mécaniques associées à d'importantes douleurs à caractère neuropathique. Il a proposé des perfusions de lidocaïne, des séances de stimulation magnétique itérative et, en cas d'inefficacité de ce traitement, une stimulation médullaire test. Dans son rapport du 28 janvier 2022, ce médecin a indiqué qu'une perfusion de lidocaïne n'avait eu aucun effet. L'assuré n'avait pas désiré poursuivre ce traitement, ni tenter les autres traitements évoqués.

i. Le 10 novembre 2021, le Dr D_____ a indiqué au Dr E_____ qu'il n'avait pas de traitement spécifique chirurgical à proposer. Le traitement devait se focaliser sur la maîtrise des douleurs.

j. À la demande de la CNA, l'assuré a consulté le docteur J_____, médecin au service de chirurgie plastique et de la main du Centre hospitalier universitaire vaudois, en date du 11 janvier 2022. Celui-ci a diagnostiqué une neuropathie focale douloureuse du nerf sural gauche derrière la malléole externe avec hypoesthésie, douleurs neuropathiques et arthralgies mécaniques de la cheville gauche. Au vu des douleurs, qui étaient également d'origine articulaire, et d'une palpation douloureuse sur de multiples sites, le pronostic ne dépendait pas uniquement de la neuropathie du nerf sural gauche. Ce médecin n'avait ainsi pas de bons arguments pour réparer le nerf. En théorie, il pouvait être neurolysé, mais l'assuré ne souhaitait pas se soumettre à cette intervention en raison du risque d'aggravation des douleurs, qui survenait dans 5% des cas. Dans un rapport du 10 mars 2022, ce médecin a confirmé qu'au vu de l'absence d'efficacité du bloc du nerf sural réalisé le 3 septembre 2021, aucun nouveau geste n'était proposé.

k. Dans son appréciation du 3 mai 2022, le Dr E_____ a évalué l'atteinte à l'intégrité à 15%. À la même date, il a procédé à l'examen de l'assuré. À l'issue de son status, il a posé les diagnostics d'entorses de la cheville gauche le 2 mars 2017 et le 16 avril 2018, de conflit antéro-externe sur ligament de Basset, de fissure longitudinale du tendon court fibulaire, d'instabilité de la cheville traitée chirurgicalement le 8 juillet 2019 avec plastie ligamentaire externe des deux chevilles, allongement des gastrocnémiens par voie endoscopique, résection d'ostéophytes du tibia distal avec fragment libre à gauche, et de reprise

chirurgicale le 4 juin (*recte* 28 août) 2020 pour ablation d'une ancre débordant, révision des tendons fibulaires sous arthroscopie dans la gouttière rétro-malléolaire externe, et d'atteinte du nerf sural apparue après la seconde intervention. Le cas était stabilisé, aucun traitement n'ayant été efficace et aucune option n'étant envisagée. La cheville semblait stable, malgré une crainte d'instabilité ressentie par l'assuré. L'activité antérieure n'était plus exigible. Dans un travail sédentaire en position essentiellement ou pratiquement exclusivement assise, avec des pauses à raison d'une heure par jour pour fractionner le travail afin de permettre le changement de positions et l'installation adéquate du membre inférieur gauche, sans monter des pentes ou des escaliers, sans soulever de poids supérieurs à 10 kg du côté gauche, l'exigibilité était totale avec une perte de rendement d'une heure par jour. Il était nécessaire de poursuivre la prise en charge antalgique, autant que de besoin, pendant deux à cinq ans, voire à vie.

l. La CNA, se référant à cette appréciation, a informé l'assuré qu'elle mettrait un terme à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières au 30 juin 2022.

m. La CNA a procédé au calcul du degré d'invalidité le 18 août 2022. Elle a retenu un gain sans invalidité de CHF 80'216.20 correspondant à CHF 35.60 par heure en 2022, multipliés par 40 heures et 52 semaines, plus 8.33% pour le 13ème salaire. Le revenu d'invalide était fondé sur l'enquête suisse sur la structure des salaires de 2018 (ESS) (TA1_tirage_skill_level, niveau 1), soit CHF 65'004.- et CHF 69'741.50 après adaptation à la durée normale de travail et indexation. La perte de rendement de 12%, sans autre abattement, portait ce revenu à CHF 61'373.-, ce qui représentait un taux d'invalidité de 23.49%.

n. Par décision du 19 août 2022, la CNA a repris son calcul du degré d'invalidité, qui conduisait à l'octroi d'une rente d'invalidité de 23% dès le 1er juillet 2022. Elle a alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15% à l'assuré.

o. L'assuré s'est opposé à cette décision dans un courrier reçu par la CNA le 13 septembre 2022, contestant la capacité de travail retenue. Il a complété son opposition, par sa mandataire, dans son écriture du 17 octobre 2022, affirmant n'avoir aucune capacité de travail résiduelle et souffrir de troubles psychiques en lien avec l'accident. Il a requis l'octroi d'une rente complète. Le gain assuré devait en outre tenir compte du service de piquet qu'il assurait, et qui représentait CHF 200.- par mois.

Il a transmis à la CNA une IRM du genou réalisée le 31 août 2022, laquelle avait mis en évidence une discrète gonarthrose tricompartimentale avec une chondropathie et des chondropathies focales de grade 3, ainsi qu'une dégénérescence mucoïde du ligament croisé antérieur.

p. Dans une appréciation du 11 janvier 2023, le Dr E_____ a retenu que les douleurs au genou n'étaient pas liées à l'accident, les examens et le séjour à la CRR n'ayant révélé aucune plainte de cet ordre et les atteintes révélées à l'IRM

d'août 2022 étant typiques de l'usure du genou, avec une discrète gonarthrose qui n'avait pu être causée par les accidents. Il a confirmé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et l'exigibilité retenues dans sa précédente appréciation.

q. Le 9 février 2023, l'assuré a transmis à la CNA les courriers que le Dr G_____ et son médecin traitant, le docteur K_____, spécialiste FMH en endocrinologie, lui avaient respectivement adressés les 19 et 21 octobre 2022. Le premier avançait le diagnostic d'état dépressif majeur, conséquence de son atteinte somatique après son accident, qui était incapacitant à hauteur de 50% au moins, tout en attestant une incapacité de travail totale. Le Dr K_____ a quant à lui posé le diagnostic d'algodystrophie de la cheville gauche, qui n'avait pas été pris en compte. Il a conclu à une incapacité de travail totale dans toute activité, précisant que le traitement consistait en médication et physiothérapie, et que l'état n'était pas stabilisé.

r. Le docteur L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à un examen de l'assuré. Dans son appréciation du 15 mars 2023, il a retenu les diagnostics de dysthymie (F 34.1), de probable trouble de la personnalité émotionnellement labile de type *borderline* (F 60.31) et le diagnostic différentiel de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4). La dysthymie et le probable syndrome somatoforme douloureux étaient en lien de causalité possible avec les accidents subis. Le trouble de la personnalité ne l'était pas. *Stricto sensu*, ces atteintes ne causaient pas d'incapacité de travail, car elles n'entraînaient pas de limitations fonctionnelles significatives.

s. Le Dr E_____ s'est déterminé le 1er mai 2023 sur l'existence d'un CRPS. Il a relevé que les critères de Budapest pour retenir cette atteinte n'étaient pas remplis lors de son examen du 3 mai 2022, ni lors des précédents examens.

t. Par décision du 8 mai 2023, la CNA a partiellement admis l'opposition. Elle a retenu que selon les constatations du Dr L_____, un lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques et les accidents du 2 mars 2017 ou du 16 avril 2018 n'était pas prouvé à satisfaction de droit. Un lien de causalité adéquate devait également être nié, ces événements étant insignifiants. Les troubles au genou n'étaient pas non plus en lien avec les accidents. Elle a rectifié le calcul du degré d'invalidité, compte tenu des chiffres de l'ESS 2020 publiés dans l'intervalle, en corrigeant le revenu avec invalidité. Les indemnités de piquet n'ayant initialement pas été prises en compte, elle les a ajoutées au revenu sans invalidité à hauteur de CHF 1'100.-. Elle les a également intégrées au gain assuré, ce qui le portait à CHF 83'565.-. La nouvelle comparaison entre le revenu sans invalidité de CHF 81'316.20 et le revenu d'invalide de CHF 58'144.51 révélait un degré d'invalidité de 28.50%, arrondi à 29%.

Une rente correspondant à ce degré d'invalidité était allouée dès le 1er juillet 2022.

C. **a.** L'assuré a interjeté recours contre la décision de la CNA par écriture du 8 juin 2023 auprès de la chambre de céans. Il a conclu, sous suite de dépens, préalablement, à son audition, à celles des Drs G_____ et K_____ et à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire multidisciplinaire ; principalement, à l'annulation de la décision sur opposition du 8 mai 2023, ceci fait à l'admission de l'opposition et à l'annulation de la décision du 19 août 2022, à ce que l'intimée soit condamnée à lui verser des indemnités journalières au-delà du 30 juin 2022, et à l'octroi d'une rente de l'assurance-accidents complète dès la fin du droit au versement des indemnités journalières.

Il a affirmé être atteint dans sa santé psychique. Le Dr L_____ ne pouvait être suivi. En cas de doute sur la gravité de ses affections psychiques, lesquelles étaient sans aucun doute en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident, une expertise devait être ordonnée. Les troubles au genou découlaient également de l'accident, de même que de l'algodystrophie et de la douleur neuropathique rapportées par le Dr K_____, et l'intimée aurait dû en tenir compte. Une expertise devait également être ordonnée sur ces points en cas de doute. Par ailleurs, son revenu sans invalidité avait été sous-évalué, puisque sans invalidité, il aurait assumé des piquets rémunérés CHF 200.- par mois. Le revenu d'invalide avait été surévalué et ne tenait pas compte de ses réelles et importantes limitations fonctionnelles. Les limitations décrites par le Dr E_____ dans ses rapports ne correspondaient d'ailleurs pas à celles que ce médecin lui avait lui-même exposées. De plus, son état n'était pas stabilisé selon le Dr K_____.

b. Dans sa réponse du 7 juillet 2023, l'intimée a conclu au rejet du recours, sous suite de dépens. Les accidents subis par le recourant étaient peu graves, si bien que l'existence d'un lien de causalité adéquate entre ces évènements et les troubles psychiques pouvait être niée d'emblée. Les troubles du genou relevaient d'atteintes dégénératives sans lien de causalité avec les accidents. L'intimée n'en répondait pas. Les critères pour retenir un CRPS n'étaient pas réalisés, et l'état était stabilisé. L'intimée a pour le surplus confirmé le calcul du degré d'invalidité de sa décision sur opposition. Elle s'est opposée aux mesures d'instruction requises par le recourant.

c. Dans sa réplique du 21 août 2023, le recourant a persisté dans ses conclusions, en reprenant l'argumentation déjà développée.

d. Dans sa duplique du 11 septembre 2023, l'intimée a également persisté dans ses conclusions.

e. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture au recourant le 12 septembre 2023.

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

EN DROIT

1.

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

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

1.2 Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations pour accident dès le 1er juillet 2022, en particulier sur le point de savoir si son état de santé était stabilisé à cette date et sur son degré d'invalidité.

On précisera qu'en matière d'assurance-accidents, la fin des prestations temporaires - soit les indemnités journalières et le droit au traitement - est si étroitement liée aux questions de la rente et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qu'on peut considérer que ces prestations forment un seul objet du litige (arrêt du Tribunal fédéral 8C_170/2015 du 29 septembre 2015 consid. 4.2). On ne peut scinder en deux objets du litige distincts le droit aux indemnités journalières et aux frais de traitement, d'une part, et le droit à la rente, d'autre part (ATF 144 V 354 consid. 4.2 et 4.3).

Le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité n'est en revanche pas contesté.

3. Les prestations suivantes sont prévues en cas d'accident.

3.1 En vertu de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident.

3.2 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). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGA), à 80% du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence.

3.3 Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du

travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Conformément à l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. 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. 1a et 4 LAA), ce critère se détermine 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). En matière de physiothérapie, le Tribunal fédéral a précisé que le bénéfice que peut amener ce traitement ne fait pas obstacle à la clôture du cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_39/2018 du 11 juillet 2018 et les références). La prescription d'antalgiques n'exclut pas non plus la stabilisation de l'état de santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_93/2022 du 19 octobre 2022 consid. 4.2). Le principe de la cessation de la prise en charge du traitement médical est toutefois relativisé par l'art. 21 al. 1 let. c LAA, qui prévoit que lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais sont accordées à son bénéficiaire notamment lorsque le bénéficiaire a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (arrêt du Tribunal fédéral 8C_125/2022 du 20 septembre 2022 consid. 3.1).

3.4 L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA).

Le droit à des prestations d'assurance suppose entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle mais aussi adéquate (arrêt du Tribunal fédéral 8C_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1).

3.5 En présence de troubles psychiques consécutifs à un accident, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité ; les

accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Le degré de gravité d'un accident s'apprécie d'un point de vue objectif, en fonction de son déroulement; il ne faut pas s'attacher à la manière dont la victime a ressenti et assumé le choc traumatique. Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C_816/2012 du 4 septembre 2013 consid. 7.2 et les références).

Une glissade sur un sol gelé avec chute sur l'épaule a été classée dans la catégorie des accidents banals (arrêt du Tribunal fédéral arrêt 8C_288/2009 du 5 janvier du 2010), de même qu'une glissade sur une pente herbeuse avec réception sur le thorax (arrêt du Tribunal fédéral 8C_775/2017 du 13 juin 2018 consid. 5.3), ainsi qu'un accident impliquant une chute de sa hauteur par l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_291/2018 du 28 février 2019 consid. 5).

3.5.1 Selon la jurisprudence, en cas d'accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et des troubles psychiques peut en règle générale être niée d'emblée (ATF 140 V 356 consid. 5.3). Ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'un accident de peu de gravité peut constituer la cause adéquate d'une incapacité de travail et de gain d'origine psychique. Il faut alors que les conséquences immédiates de l'accident soient susceptibles d'avoir entraîné les troubles psychiques et que les critères applicables en cas d'accident de gravité moyenne se cumulent ou revêtent une intensité particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2008 du 24 avril 2009 consid. 5.2 et les références).

3.5.2 En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants :

- 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 ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- 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. De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de

gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_729/2016 du 31 mars 2017 consid. 5.2 et les références).

3.6 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 à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1).

L'existence d'un rapport de causalité adéquate entre l'événement assuré et l'atteinte à la santé est une question de droit (arrêt du Tribunal fédéral 8C_649/2019 du 4 novembre 2020 consid. 6.1.3).

Dans la mesure où le caractère naturel et le caractère adéquat du lien de causalité doivent être remplis cumulativement pour octroyer des prestations d'assurance-accidents, la jurisprudence admet de laisser ouverte la question du rapport de causalité naturelle dans les cas où ce lien ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 135 V 465 consid. 5.1).

3.7 Le CRPS est une pathologie neurologique, orthopédique et traumatologique et relève d'un trouble organique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_232/2012 du 27 septembre 2012 consid. 5.3.1).

Le CRPS est un terme générique pour désigner les tableaux cliniques qui touchent les extrémités. Il se développe après un événement dommageable et entraîne chez la personne concernée des douleurs persistantes accompagnées de troubles du système nerveux végétatif, de la sensibilité et de la motricité. Le CRPS I (anciennement appelé syndrome de Sudeck ou dystrophie sympathique réflexe) est une maladie du membre qui survient sans lésion nerveuse définie après un traumatisme relativement mineur sans rapport avec le territoire d'innervation d'un nerf. Elle est divisée en trois stades : I, stade inflammatoire ; II, dystrophie ; III, atrophie (irréversible). Le CRPS II (anciennement appelé causalgie) se caractérise par des douleurs de type brûlures et des troubles du système nerveux sympathique résultant d'une lésion nerveuse périphérique définie. Les signes ou symptômes cliniques d'un CRPS sont des douleurs de type brûlures difficilement localisables (par exemple allodynie ou hyperalgésie), associées à des troubles sensitifs, moteurs et autonomes (entre autres œdèmes, troubles de la température et de la sécrétion sudorale, éventuellement troubles trophiques de la peau, modifications des ongles, augmentation locale de la croissance des poils). L'évolution peut se faire vers une résorption osseuse (déminéralisation), une ankylose ainsi qu'une perte fonctionnelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_123/2018 du 18 septembre 2018 consid. 4.1.2). Ce sont les critères dits de Budapest qui fondent le diagnostic de CRPS (arrêt du Tribunal fédéral 8C_164/2020 du 1er mars 2021 consid. 3). Les

critères de Budapest sont les suivants : une douleur continue disproportionnée par rapport à l'événement déclenchant ; le patient doit rapporter au moins un symptôme dans trois des quatre catégories suivantes : sensorielle : hyperesthésie et/ou allodynie (a), vasomotrice : asymétrie de la température et/ou changement ou asymétrie de la coloration de la peau (b), sudomotrice/œdème : œdème et/ou changement ou asymétrie de la sudation (c), motrice/trophique : diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblements, dystonie) et/ou changements trophiques (poils, ongles, peau). Au moment de l'examen clinique, le patient doit démontrer au moins un signe clinique dans deux des quatre catégories suivantes : sensorielle : hyperalgésie (à la piqûre) et/ou allodynie (au toucher léger et/ou à la pression somatique profonde et/ou à la mobilisation articulaire) (a) ; vasomotrice : asymétrie de température et/ou changement ou asymétrie de coloration de la peau (b) ; sudomotrice/œdème : œdème et/ou changement/asymétrie au niveau de la sudation (c) ; motrice/trophique : diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblements, dystonie) et/ou changements trophiques (poils, ongles, peau) (let. d). De plus, aucun autre diagnostic ne doit mieux expliquer les signes et symptômes. Ces critères sont exclusivement cliniques et ne laissent que peu de place aux examens radiologiques (radiographie, scintigraphie, IRM) (arrêt de la Cour des assurances sociales du canton de Vaud AA 133/18 - 14/2020 du 27 janvier 2020 consid. 5a/aa et la littérature médicale citée).

Selon la pratique, il n'est pas nécessaire que le diagnostic de CRPS ait déjà été posé par les médecins dans les six à huit mois suivant l'accident pour qu'il soit considéré comme accidentel (arrêts du Tribunal fédéral 8C_714/2016 du 16 décembre 2016 consid. 4.1 et 8C_177/2016 du 22 juin 2016 consid. 4.3). Ce qui est déterminant pour admettre un lien de causalité naturelle entre l'accident et le CRPS est que des résultats médicaux recueillis en temps réel révèlent que l'assuré a présenté au moins une partie des symptômes typiques d'un CRPS durant la période de latence de six à huit semaines après l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_411/2017 du 17 juillet 2018 consid. 3.3.1, 8C_673/2017 du 27 mars 2018 consid. 5). Un CRPS peut également être admis comme étant la conséquence d'un accident lorsqu'il survient dans ce délai non pas après l'accident même, mais après une intervention chirurgicale nécessaire pour traiter les suites de cet accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1).

3.8 Pour pouvoir trancher le droit aux prestations, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales, le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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 125 V 351 consid. 3a, ATF 122 V 157 consid. 1c).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien- fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

3.9 L'art. 16 LPGA prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail

équilibré. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a)

Le revenu sans invalidité se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires. En effet, selon l'expérience générale, la dernière activité aurait été poursuivie sans atteinte à la santé. Les exceptions à ce principe doivent être établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_934/2015 du 9 mai 2016 consid. 2.2).

Pour déterminer le revenu d'invalide de l'assuré, il faut en l'absence d'un revenu effectivement réalisé se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b). Le revenu tiré d'activités simples et répétitives (niveau 1 dès l'ESS 2012) est une valeur statistique qui s'applique 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2015 du 23 février 2016 consid. 3.1). La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques. Il n'y a donc pas lieu d'examiner la question de savoir si un assuré peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail sur un marché où les places de travail disponibles correspondent à l'offre de main d'œuvre (arrêt du Tribunal fédéral 9C_326/2018 du 5 octobre 2018 consid. 6.2 et les références).

Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait réaliser l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25% permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b).

Savoir s'il y a lieu de procéder à un abattement sur le salaire statistique en raison de circonstances particulières liées au handicap de la personne ou d'autres facteurs est une question de droit. L'étendue de l'abattement du salaire statistique dans un cas concret constitue en revanche une question relevant du pouvoir d'appréciation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 5.2). Il y a excès ou abus du pouvoir d'appréciation si l'autorité cantonale a retenu des critères inappropriés, n'a pas tenu compte de circonstances pertinentes, n'a pas procédé à un examen complet des circonstances pertinentes ou n'a pas usé de critères objectifs (ATF 130 III 176 consid. 1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_847/2018 du 2 avril 2019 consid. 6.2.3).

4. En l'espèce, la chambre de céans retient ce qui suit.

4.1 S'agissant de la responsabilité de l'intimée pour les troubles psychiques que le recourant allègue, les accidents dont celui-ci a été victime – dont la gravité s'examine sans tenir compte de leurs conséquences délétères selon la jurisprudence – consistaient pour le premier en une glissade sur un chantier, et pour le second en une torsion de la cheville sur un trottoir. Ces événements doivent être considérés comme banals et classés dans les accidents de peu de gravité, ce qui suffit en principe déjà à exclure une prise en charge par l'assurance-accidents des troubles psychiques survenus par la suite. On ne se trouve au demeurant pas dans une situation où des circonstances exceptionnelles justifient l'examen de la réalisation des critères d'adéquation développés par la jurisprudence. En particulier, on ne saurait reconnaître de caractère impressionnant à ces incidents, et les lésions ne sont pas non plus d'une nature ou d'une gravité telle qu'elles sont propres à entraîner des troubles psychiques. Par analogie, ce critère a été nié dans le cas d'une fracture du calcanéum (arrêt du Tribunal fédéral 8C_432/2009 du 2 novembre 2009 consid. 5.3). Les troubles psychiques ne sont du reste pas apparus dans les suites immédiates de l'accident, les médecins de la CRR notamment ayant relaté que le moral était bon.

Partant, on ne peut pas retenir de lien de causalité adéquate entre les accidents et les troubles psychiques signalés par le Dr G_____. Dans ces conditions, il est inutile d'examiner plus avant si un lien de causalité naturelle entre ces troubles et l'accident doit être retenu, ni de déterminer les répercussions de l'atteinte psychique sur la capacité de travail du recourant.

4.2 En ce qui concerne les troubles au genou – dont l'incidence sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée n'a du reste pas été évaluée par un médecin –, force est de constater qu'aucune plainte de cet ordre n'a été formulée dans les suites de ses accidents, ni d'ailleurs à moyen terme après leur survenance. Les médecins de la CRR n'ont en particulier noté aucune pathologie de cette articulation et n'ont pas rapporté de douleurs du genou signalées par le recourant. Celui-ci paraît en avoir fait état pour la première fois lors d'un entretien téléphonique avec l'intimée du 17 août 2021, se plaignant d'avoir un genou enflé depuis la scintigraphie. De plus, comme l'a exposé le Dr E_____, une

gonarthrose est une atteinte de nature dégénérative et ne peut être causée par un accident. Aucun élément médical au dossier ne permet de mettre en doute cette appréciation. C'est le lieu de rappeler que 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 (raisonnement *post hoc, ergo propter hoc*) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_548/2018 du 7 novembre 2018 consid. 4 et les références). Partant, l'intimée ne répond pas de ces troubles.

4.3 Quant au CRPS, l'hypothèse d'une telle pathologie a certes été avancée par la Dre F_____. Celle-ci n'a cependant pas relaté dans son status d'observations cliniques compatibles avec un tel diagnostic, puisque seuls les troubles sensitifs sous forme de perte de sensibilité au piqué et de dysesthésies des orteils ont été rapportés, ce qui n'est pas suffisant selon la littérature médicale pour conclure à une telle atteinte, qu'elle n'a d'ailleurs pas formellement retenue. Aucun des autres spécialistes consultés n'a évoqué la possibilité d'une telle atteinte. Le Dr H_____ a quant à lui expressément exclu un CRPS. En effet, il a noté dans son rapport du 31 août 2021 une absence de différence de température entre les deux pieds, de différence de couleur, et de différence d'œdèmes, de poils ou d'ongles, pour conclure que les critères de Budapest n'étaient pas remplis.

Partant, compte tenu de l'absence de signes cliniques d'un CRPS, les résultats de la scintigraphie réalisée en juillet 2021 ne suffisent pas à en établir l'existence. Par surabondance, même s'il fallait admettre que le Dr K_____ a constaté en octobre 2022 des symptômes au vu desquels les critères de Budapest seraient réalisés – ce qui ne ressort pas de son rapport –, cela ne suffirait pas à établir la responsabilité de l'intimée au vu du temps écoulé depuis les accidents et les interventions susceptibles d'entraîner un CRPS, qui excède largement le délai de latence de six à huit semaines avant l'apparition de symptômes de cette affection retenu par la jurisprudence.

4.4 Il convient à présent de déterminer si l'état du recourant était stabilisé au 30 juin 2022. Tel est bien le cas en l'occurrence. En effet, aucun des nombreux spécialistes consultés n'a suggéré de traitement particulier après cette date. Le Dr J_____ n'a pas posé d'indication opératoire. Le Dr D_____ avait déjà exclu tout geste chirurgical le 10 novembre 2021. Les traitements brièvement instaurés par les Drs H_____ et I_____ ont été arrêtés à l'automne 2021. Ainsi, hormis la physiothérapie et la médication mentionnées par le Dr K_____, lesquelles ne suffisent pas à exclure un état stabilisé, aucune option thérapeutique n'était envisagée après juin 2022. Le recourant ne fait pas valoir qu'un autre traitement particulier était programmé, dont il pouvait escompter des résultats significatifs.

Partant, c'est à bon droit que l'intimée a retenu une stabilisation de l'état de santé dès le 1er juillet 2022. Cela étant, les conditions prévues à l'art. 21 al. 1 let. c LAA permettant la poursuite de la prise en charge d'un traitement après la fixation d'une rente sont réalisées. Dans son appréciation du 3 mai 2022, le Dr E_____ a souligné qu'une thérapie antalgique était nécessaire et que l'activité envisagée

l'était sous réserve d'une antalgie adaptée, cas échéant après consultation d'un spécialiste de la douleur. L'intimée, qui a reconnu un droit à une rente dès le 1er juillet 2022, n'en a cependant pas tenu compte et a mis fin au remboursement de l'ensemble des prestations de soins, sans prendre en charge l'antalgie préconisée par son médecin d'arrondissement.

Sur ce point, sa décision n'est pas conforme au droit. La cause devra lui être renvoyée, à charge pour elle de déterminer précisément, avec le concours de son médecin d'arrondissement et d'autres spécialistes si nécessaire, le traitement antalgique qui reste à sa charge au-delà du 1er juillet 2022.

4.5 Compte tenu de ce qui précède, la capacité de gain doit être analysée au vu des seules atteintes en lien avec les entorses, soit celles retenues par le médecin d'arrondissement de l'intimée dans son appréciation du 3 mai 2022. Ce dernier a conclu à une capacité de travail de 100% avec baisse de rendement d'une heure par jour afin d'aménager des pauses pour fractionner le travail.

Le Dr E_____, qui avait déjà examiné le recourant le 20 février 2019, le 13 février et le 10 juin 2020 et le 29 septembre 2021, a établi son appréciation après avoir pris connaissance de l'ensemble des rapports versés au dossier et après un nouvel examen par ses soins en date du 3 mai 2022. Il a tenu compte de l'ensemble des diagnostics avérés en lien avec les accidents subis, et ses conclusions sont claires et motivées. Il a dûment pris en considération les douleurs du recourant dans la détermination des limitations fonctionnelles et de la diminution de rendement qu'il a admise en raison des changements de position nécessaires. Partant, ce rapport satisfait à tous les réquisits jurisprudentiels et doit se voir reconnaître valeur probante.

Il n'existe par ailleurs aucune appréciation concluante d'un autre médecin qui justifierait que l'on s'écarte de la capacité de travail retenue par le Dr E_____ dans une activité adaptée. Les spécialistes consultés par le recourant ne se sont pas prononcés sur l'exigibilité d'une reprise professionnelle. Le Dr D_____ a uniquement indiqué dans son rapport du 27 septembre 2021 au sujet de l'activité professionnelle que le recourant ne se voyait pas reprendre un travail au vu de ses douleurs, et qu'il se sentait limité au bout de quelques minutes en raison de celles-ci, même en position assise, et avait besoin de changer de position pour être soulagé. Ce faisant, ce médecin n'a pas exclu l'exigibilité médico-théorique d'une reprise d'activité, mais il a uniquement fait état de l'appréciation subjective par le recourant de sa capacité de travail – tout en soulignant qu'il était difficile de comprendre exactement l'origine de ses douleurs. Par ailleurs, rien ne permet d'accréditer l'assertion du recourant, selon laquelle les conclusions du Dr E_____ ne correspondraient pas à celles que ce médecin lui a communiquées à l'issue de son dernier examen.

L'évaluation de la capacité de travail des médecins traitants ne suffit pas à s'écarter de celle du Dr E_____. S'agissant de celle du Dr G_____, elle se

fonde sur des troubles psychiques dont l'intimée ne répond pas. Il n'est du reste pas inutile de souligner qu'elle n'est pas exempte de contradictions, puisque ce psychiatre relate dans son courrier d'octobre 2022 un état dépressif majeur incapacitant à hauteur de 50% au moins, pour ensuite conclure à une incapacité de travail totale. Quant au Dr K_____, il retient un diagnostic d'algodystrophie qui doit être écarté, comme on l'a vu. De plus, son appréciation n'est nullement motivée.

Partant, la chambre de céans se ralliera à la capacité de travail de 100% avec baisse de rendement d'une heure par jour dans une activité adaptée définie par le médecin d'arrondissement de l'intimée. Par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1), elle ne donnera pas suite aux demandes d'audition et d'expertise du recourant.

5. Il convient d'examiner le calcul du degré d'invalidité auquel a procédé l'intimée.

5.1 S'agissant du salaire avant invalidité, selon les informations de l'employeur du 15 février 2018, ses revenus s'élevaient à CHF 35.- par heure, auxquels s'ajoutaient une indemnité pour vacances et jours fériés de CHF 4.49 et un montant de CHF 2.92 correspondant au 13ème salaire. Par courriel du 12 février 2021, l'employeur a indiqué à l'intimée qu'il n'y aurait pas eu d'évolution de salaire en 2022. Selon les fiches de salaire transmises, le recourant a perçu les indemnités de piquet suivantes entre le 1er mars 2016 et le 31 mars 2017 : CHF 250.- en mai 2016, CHF 250.- en juillet 2016, CHF 350.- en janvier 2017, et CHF 250.- en février 2017, soit CHF 1'100.-.

Dans sa décision sur opposition, l'intimée a augmenté le salaire horaire communiqué par l'employeur à CHF 35.60, eu égard à l'augmentation prévue par la convention collective de travail applicable. Elle a retenu un salaire annuel de CHF 80'216.20 en 2022, ce qui correspond au salaire horaire multiplié par 40 heures hebdomadaires et 52 semaines, plus le 13ème salaire de 8.33%. Elle a en outre ajouté un montant correspondant aux indemnités de piquet que le recourant a perçues durant l'année précédant l'accident, soit CHF 1'100.-. C'est à juste titre qu'elle a tenu compte des indemnités effectivement versées à ce titre, et non du montant de CHF 200.- par mois allégué par le recourant, qui n'est aucunement étayé. Le calcul de l'intimée ne prête pas le flanc à la critique, et il convient dès lors de confirmer le revenu sans invalidité de CHF 81'316.20 ainsi établi.

L'intimée a également rectifié le gain assuré afin d'y intégrer les indemnités de piquet, ce qui est conforme au droit.

S'agissant du revenu avec invalidité, il est conforme au droit de se référer aux salaires statistiques en l'absence d'activité lucrative. La valeur statistique appliquée (Total, niveau de compétence 1) est également correcte. Elle correspond à un salaire de CHF 5'261.- par mois, ce qui correspond à un revenu annuel de CHF 65'812.- une fois adapté à la durée normale de travail de 41.7 heures en 2022. Compte tenu de l'indexation selon l'Indice suisse des salaires (moins 0.7%

en 2021 et plus 1.1% en 2022), on aboutit à un revenu de CHF 66'073.20 – que l'intimée a fixé à CHF 66'073.30. Compte tenu de la baisse de rendement de 12% (soit cinq heures hebdomadaires de 41.7 heures), on obtient un revenu d'invalide de CHF 58'144.42.

L'intimée n'a pas appliqué de réduction sur ce montant. Dans la mesure où la baisse de rendement est déjà déduite lors de la fixation du revenu d'invalide, il n'y a pas lieu d'en tenir compte une seconde fois dans le cadre de l'abattement (arrêt du Tribunal fédéral 9C_537/2019 du 25 février 2020 consid. 4.2). Pour le surplus, l'intimée est restée dans les limites de son pouvoir d'appréciation en ne concédant aucune réduction supplémentaire, au vu des critères pertinents.

Le degré d'invalidité résultant de la comparaison des revenus s'élève à 28.76%, et sera arrondi à 29% selon les règles mathématiques (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

Le calcul de l'intimée doit ainsi être confirmé dans son résultat.

6. Le recours est très partiellement admis.

Le recourant a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 250.- (art. 61 let. g LPGA).

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

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimée du 8 mai 2023 en tant qu'elle met un terme au remboursement des frais médicaux.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants sur la prise en charge du traitement antalgique dès le 1er juillet 2022.
5. Confirme la décision du 8 mai 2023 pour le surplus.
6. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de dépens de CHF 250.-.
7. Dit que la procédure est gratuite.
8. 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
Sylvie CARDINAUX	Eleanor McGREGOR

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