

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1960/2025

ATAS/325/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 avril 2026

Chambre 3

En la cause

A_____

recourant

représenté par l'Association suisse des assurés (ASSUAS), mandataire

contre

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

intimée

**Siégeant : Karine STECK, présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, juges
assesseurs**

EN FAIT

A. **a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1989, originaire du Kosovo, titulaire d'un permis d'établissement, travaillait en tant que ferrailleur et était, à ce titre, assuré auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : SUVA) contre le risque d'accident, professionnel ou non.

b. Le 18 mai 2022, l'assuré s'est tordu la cheville gauche en marchant sur une barre de fer, ce qui a entraîné une incapacité de travail totale jusqu'au 19 août 2022 inclus, puis de 50% du 12 au 30 septembre 2022, puis à nouveau de 50% à compter du 16 décembre 2022.

c. Le cas a été pris en charge par la SUVA.

d. Dans le cadre du suivi du dossier, cette dernière a recueilli plusieurs rapports médicaux, dont il ressort en particulier que l'assuré souffrait d'une entorse de Chopart au pied gauche, sur mécanisme éversion-inversion, avec œdème initial au talus et naviculaire, lésion partielle du Spring ligament et du ligament talo-naviculaire dorsal et calcanéo-cuboïdien (rapport d'imagerie par résonance magnétique [IRM] du 31 mai 2022).

L'assuré a été essentiellement suivi par le docteur B_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, puis par le docteur C_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Le traitement était conservateur.

e. La SUVA a soumis le cas à son médecin-conseil, le docteur D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a émis plusieurs avis.

Le 23 avril 2023, ce médecin-conseil a confirmé le diagnostic susmentionné (entorse du Chopart au pied gauche sur mécanisme éversion-inversion avec œdème initial au talus et naviculaire, lésion partielle du Spring ligament et du ligament talo-naviculaire dorsal et calcanéo-cuboïdien) et confirmé l'existence d'un lien de causalité entre celui-ci et l'évènement du 18 mai 2022. La situation médicale était stabilisée. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : éviter le port de charges, les terrains accidentés et en dévers, la station debout prolongée, la marche prolongée, la position accroupie ou agenouillée et l'usage d'échelle ou d'escabeau. La capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée à ces limitations. Un traitement de longue durée du type antalgie et physiothérapie à la demande, selon l'appréciation du médecin traitant, était probablement encore à la charge de la SUVA.

Le 2 mai 2024, le Dr D_____ a estimé qu'en raison de l'entorse du médiotarse du pied gauche, l'assuré devait se voir reconnaître le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 15%, correspondant, par analogie, à la

médiane des taux reconnus en cas de troubles fonctionnels après atteinte de l'articulation du Lisfranc (cf. table d'indemnisation numéro 2 relative aux atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs).

f. Par pli du 2 juillet 2024, la SUVA a informé l'assuré qu'elle mettait un terme à ses prestations provisoires (versement des indemnités journalières et prise en charge des frais de traitement) avec effet au 31 juillet 2024, au motif qu'il n'y avait plus à attendre d'amélioration notable de l'état de santé.

g. Par décision du 7 novembre 2024, la SUVA a reconnu à l'assuré le droit à une IPAI de 15%.

h. Dans un rapport du 4 décembre 2024, le Dr C_____ a relaté, après avoir revu l'assuré, que ce dernier se plaignait de douleurs permanentes persistantes au niveau du pied gauche, ne lui permettant de travailler qu'à 50%. Le traitement conservateur était épuisé et aucune indication chirurgicale n'avait été retenue. Un deuxième avis dans un centre du pied était suggéré.

i. Le 18 décembre 2024, le Dr D_____ a estimé qu'il n'y avait plus aucune amélioration à attendre. L'assuré ne pourrait vraisemblablement pas reprendre son activité de ferrailleur à 100%, étant précisé qu'il travaillait désormais à 50%. Le traitement antalgique médicamenteux en réserve était poursuivi. Les limitations fonctionnelles à prendre en compte étaient les mêmes que précédemment. Toute activité respectant ces limitations était exigible à 100%, sans diminution de rendement.

j. Par décision du 31 décembre 2024, la SUVA a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité et lui a alloué une IPAI de 15%, correspondant à un montant de CHF 22'230.-.

La SUVA a considéré qu'en dépit des séquelles accidentelles, l'assuré restait apte à exercer une activité adaptée à ses limitations, qui lui permettrait d'obtenir un revenu de CHF 68'506.- (selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS]). La comparaison avec le revenu avant invalidité (CHF 74'945.-) montrait une perte de gain de 9%, insuffisante pour ouvrir droit à une rente d'invalidité.

k. Également saisi d'une demande de prestations de l'assuré, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) lui a nié le droit à toute prestation, faute d'invalidité suffisante pour ouvrir droit à une rente ou à des mesures professionnelles.

l. Le 3 février 2025, l'assuré s'est opposé à la décision de la SUVA du 31 décembre 2024 en soutenant qu'une réduction de 5% du revenu d'invalidité aurait dû être appliquée, ce qui conduirait à un degré d'invalidité de 13.16%, suffisant pour ouvrir droit à une rente. Il faisait valoir par ailleurs que son état n'était pas stabilisé.

m. Le 25 mars 2025, l'assuré a transmis à la SUVA le rapport établi le 7 mars 2025 par le docteur E_____, spécialiste en anesthésiologie et en traitement de la douleur, au centre de la douleur.

Il en ressortait que l'assuré se plaignait d'une douleur post-traumatique persistante après entorse du Chopart gauche, qu'il n'y avait aucun argument pour un syndrome douloureux régional complexe (ci-après : SDRC), que la douleur semblait avoir une composante mixte (essentiellement mécanique, mais également partiellement neuropathique et de sensibilisation centrale), qu'un traitement quotidien et autonome par l'utilisation d'un TENS était proposé et que, selon l'évolution, pourraient ensuite être envisagées des thérapies visant une désensibilisation périphérique et centrale à la douleur, de type perfusions de lidocaïne ou séances itératives de stimulation magnétique cérébrale non invasive.

n. Par décision du 1^{er} mai 2025, la SUVA a rejeté l'opposition.

Elle a considéré l'état de l'assuré comme stabilisé, dès lors qu'aucun avis médical ne reconnaissait que l'on pouvait attendre de la poursuite du traitement médical une amélioration notable.

Quant au calcul du degré d'invalidité, c'était à juste titre qu'aucun abattement n'avait été appliqué, puisque, si l'assuré était certes limité et devait éviter les activités lourdes, il restait capable d'exercer des activités du niveau de compétence 1. En outre, il conservait, selon le Dr C_____, une capacité de travail de 50% dans son activité de ferrailleur.

B. **a.** Par acte du 2 juin 2025, complété le 12 août suivant, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans, en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'octroi des prestations de l'assurance-accidents.

Le recourant fait valoir que, compte tenu de ses limitations fonctionnelles, il se justifie de réduire de 10% le revenu d'invalidité tel que ressortant des statistiques, comme l'a d'ailleurs fait l'OAI.

b. Invitée à se déterminer, l'intimée a conclu au rejet du recours.

c. Les autres faits seront repris, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (*cf.* art. 82a LPGA *a contrario*).

1.3 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

2. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 juillet 2024, ainsi que sur le taux de l'IPAI.

3.

3.1 Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non-professionnel et de maladie professionnelle.

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

4.

4.1 L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA).

4.2 Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (art. 18 al. 1 LAA, dans sa teneur en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017).

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

L'assureur-accidents est tenu d'octroyer une indemnité journalière et de prendre en charge le traitement médical aussi longtemps qu'il y a lieu d'attendre une amélioration notable de l'état de santé. Si une telle amélioration ne peut plus être envisagée, il doit clore le cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4.2).

Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). L'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures – comme une cure thermale – ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2 et les références). Il faut en principe que l'état de santé de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C_591/2022 du 14 juillet 2023 consid. 3.2 et la référence).

5.

5.1 La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

5.2 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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

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

Ainsi, 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).

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

- 6.** Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré

seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

7.

7.1 En l'occurrence, l'intimée s'est appuyée sur les avis émis en dates des 23 avril et 19 décembre 2024 par son médecin-conseil, le Dr D_____, pour mettre un terme à la prise en charge du traitement médical et au versement de l'indemnité journalière avec effet au 31 juillet 2024.

L'appréciation du médecin-conseil, qui repose sur les pièces médicales, elles-mêmes fondées sur l'examen du recourant, est circonstanciée, sans être remise en question par aucun autre rapport médical au dossier, de sorte qu'elle emporte la conviction.

En effet, le Dr D_____ a posé le diagnostic, non contesté, d'entorse du Chopart au pied gauche sur mécanisme éversion-inversion avec œdème initial au talus et naviculaire, lésion partielle du Spring ligament et du ligament talo-naviculaire dorsal et calcanéo-cuboïdien. Il a expliqué que le recourant a bénéficié d'un traitement conservateur avec plusieurs infiltrations sans aucun bénéfice, qu'un examen (SPECT-CT) réalisé le 19 janvier 2023 n'a montré aucun argument pour un SDRC et que les lésions osseuses ont régressé. Il a relevé que, selon les médecins traitants, plus aucun traitement ne permettrait d'améliorer la santé du recourant. Le médecin-conseil en a tiré la conclusion que le cas était stabilisé et a préconisé la poursuite du traitement antalgique médicamenteux en réserve selon la douleur. Au regard de la jurisprudence précitée à propos de la stabilisation de l'état de santé, on ne saurait retenir qu'il y a lieu d'attendre des traitements contre la douleur, proposés par le Dr E_____ (cf. rapport du 7 mars 2025), une amélioration notable de l'état de santé.

Le Dr D_____ a ensuite estimé que le recourant ne pourrait vraisemblablement pas reprendre son activité de ferrailleur à 100%, soulignant qu'il l'exerçait encore à 50%. S'agissant des limitations fonctionnelles, ce médecin a repris la liste de celles énumérées par le Dr C_____ (cf. certificat d'arrêt de travail du 19 mars 2024 au dossier) – à savoir le port de charges, la marche sur terrain fréquemment varié, la position accroupie/agenouillée – et ajouté les suivantes : la station debout et la marche prolongées et l'usage d'échelles ou d'escabeaux. Le médecin-conseil a considéré que toute activité respectant ces limitations était exigible à 100%, sans diminution de rendement. On relèvera que le Dr C_____ ne s'est prononcé que sur la capacité de son patient à exercer son activité habituelle de ferrailleur, qu'il a estimée, comme le médecin-conseil, à 50%.

Eu égard à ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée a retenu, suivant en cela les conclusions du Dr D_____ qui doivent se voir reconnaître pleine valeur probante, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

8. Reste à examiner le degré d'invalidité.

8.1 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 obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). En règle générale, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.3.1).

8.2 Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et les références).

8.3 Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; ATF 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; 134 V 322 consid. 4.1 et les références).

8.4 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 139 V 592 consid. 2.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 et les références).

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 148 V 174 consid. 6.2 et les références ; 143 V 295 consid. 2.2 et les références).

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

La valeur statistique – médiane – s'applique, 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 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_801/2021 du 28 juin 2022 consid. 3.6).

Les tableaux TA1, T1 et T17 de l'ESS 2020 ont été publiés le 23 août 2022 ; l'ESS 2018, le 21 avril 2020 ; l'ESS 2016, le 26 octobre 2018 (étant précisé que le tableau T1_tirage_skill_level a été corrigé le 8 novembre 2018) ; et l'ESS 2014, le 15 avril 2016.

Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a estimé qu'il n'y avait pas de motif sérieux et objectif de modifier la jurisprudence selon laquelle la détermination du revenu d'invalidé sur la base des valeurs statistiques se fonde en principe sur la valeur centrale, respectivement médiane, de l'ESS (ATF 148 V 174 consid. 9.2.3 et 9.2.4).

Depuis la 10^{ème} édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en

elles-mêmes. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_skill_level de l'ESS 2012 ; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (arrêt du Tribunal fédéral 9C_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1 et les références).

Le cas échéant, il y a lieu d'adapter le salaire statistique à l'évolution des salaires nominaux en appliquant soit le chiffre définitif de l'indice suisse des salaires nominaux publié au moment déterminant de la décision litigieuse, soit la plus récente estimation trimestrielle (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_659/2022 du 2 mai 2023 consid. 7.2).

8.5 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 maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Une telle déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'intéressé ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et les références ; 126 V 75 consid. 5b/aa).

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).

S'agissant de l'abattement lié au handicap, il y a lieu de déterminer si les limitations fonctionnelles constituent un facteur qui obligerait l'assuré à mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le marché du travail à des conditions économiques plus défavorables que la moyenne, soit entraînant un désavantage salarial. Un certain nombre d'activités simples et légères ne requièrent pas de déplacement itératif (surtout sur terrain irrégulier), de station debout prolongée, de position accroupie ou à genoux ni de port de charges lourdes, ou permettent l'alternance des positions assise et debout, de sorte qu'un abattement ne se justifie en principe pas (arrêts du Tribunal fédéral 8C_860/2018 du 6 septembre 2019 consid. 6.3.3 et 8C_679/2020 du 1^{er} juillet 2021 consid. 6.2.2).

8.6 Lorsque l'activité exercée ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, ce dernier peut être tenu de quitter son poste de travail, voire de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité plus lucrative, ou encore d'accepter un emploi le contraignant à changer de domicile, en vertu de son obligation de réduire le dommage résultant de l'invalidité (ATF 113 V 22 consid. 4 et les références ; 109 V 25 consid. 3c et les références). 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). L'effort à consentir par l'assuré est d'autant plus important que la diminution du dommage escomptée est substantielle, l'ensemble des circonstances devant être prises en considération, conformément au principe de proportionnalité, applicable de manière générale en droit des assurances sociales (ATF 122 V 377 consid. 2b/cc et les références ;

arrêt du Tribunal fédéral 8C_878/2010 du 19 septembre 2011 consid. 4.2 et les références).

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

9.

9.1 En l'espèce, le début de l'éventuel droit à la rente du recourant, respectivement le moment où il convient de procéder à la comparaison des revenus, doit être fixé à la date de la fin des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité (cf. art. 19 al. 1 LAA). En l'occurrence, il ressort d'une communication du 18 mars 2024 de l'OAI figurant au dossier, que le recourant a bénéficié de mesures d'intervention précoce qui se sont terminées le 31 août 2024. Par conséquent, la comparaison des revenus doit se faire au 1^{er} septembre 2024.

9.2 En ce qui concerne le revenu sans invalidité, l'intimée a retenu que le recourant travaillait à plein temps pour un revenu annuel évalué à CHF 74'944.95 sur la base du calcul suivant : CHF 32.85 (salaire horaire de base indiqué par l'employeur) x 40.5 heures x 52 semaines + 8.33%.

La Cour de céans relève toutefois que, selon le formulaire d'évaluation probable du revenu rempli le 11 décembre 2024 par l'employeur, en 2024, le recourant travaillerait 40.50 heures par semaine et percevrait un revenu de base de 32.85 CHF/heure, auquel s'ajouterait une indemnité pour vacances et jours fériés de 4.63.- CHF/heure (14.10%) et un 13^{ème} salaire de 3.12 CHF/heure (8.33%). Ces données salariales sont d'ailleurs les mêmes que celles figurant sur la déclaration de sinistre remplie par l'employeur le 25 mai 2022.

Force est donc de constater que l'intimée, qui a correctement pris en compte le 13^{ème} salaire, a en revanche omis l'indemnité pour vacances et jours fériés. Or, cette indemnité fait pleinement partie du salaire du recourant et doit être prise en compte dans la détermination du revenu sans invalidité, qui s'élève donc à CHF 85'503.60 $([32.85 + 4.63 + 3.12] \times 40.5 \times 52)$.

9.3 S'agissant du revenu d'invalidité, l'intimée l'a évalué sur la base de l'ESS, ce que le recourant ne conteste pas.

On relèvera qu'après son accident, le recourant a pu reprendre son activité de ferrailleur à 50%, mais que sa capacité de travail a été évaluée par le médecin-conseil à 100% dans une activité adaptée. Dans ce contexte et conformément à la jurisprudence précitée en lien avec l'obligation de diminuer le dommage, on ne

saurait considérer que l'activité de ferrailleur exercée à 50% permet à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité de gain. C'est donc à juste titre que l'intimée a eu recours au revenu statistique concernant des activités simples et répétitives pour fixer le revenu après invalidité.

L'intimée s'est fondée sur le tableau TA1_tirage_skill_level, ligne « total », pour un homme, niveau de compétence 1, ce qui n'apparaît pas critiquable, dès lors que le recourant conserve une capacité de travail entière dans des travaux moyens à légers. La référence à l'ESS 2022, publiée le 29 mai 2024, est correcte, étant rappelé que la décision litigieuse a été rendue le 1^{er} mai 2025. Ainsi, selon les statistiques susvisées, un homme pouvait réaliser, en 2022, un revenu de CHF 5'305.-. Compte tenu de la durée normale de travail dans les entreprises (41.7 heures), cela représentait 5'530.46 CHF/mois ($5'305 \times 41.7 / 40 = 5'530.46$), soit CHF 66'365.52 par an. Ce montant doit encore être adapté à l'évolution des salaires nominaux en 2024, selon l'ISS (tableau T1.1.10, pour un homme, ligne « total » ; indice en 2022 : 107.1 et en 2024 : 110.2), ce qui conduit à un montant de CHF 68'286.46 ($66'365.52 \times 110.2/107.1$) pour un plein temps.

S'agissant d'une éventuelle réduction à appliquer à ce revenu, le recourant n'avance aucun élément concret qui permettrait de retenir qu'il n'a aucune perspective réaliste d'exercer une activité professionnelle sur le marché équilibré du travail. Ses limitations fonctionnelles sont d'ordre somatique et l'empêchent d'effectuer des activités trop contraignantes pour son pied, étant noté qu'il parvient encore à travailler comme ferrailleur à 50%. Or, d'après la jurisprudence du Tribunal fédéral, le marché équilibré du travail offre suffisamment de possibilités d'exercer des activités légères ou alternées (arrêts du Tribunal fédéral 9C_424/2022 du 15 novembre 2022 consid. 5 et 8C_732/219 du 19 octobre 2020 consid. 4.5 et les références). Au vu des seules limitations fonctionnelles entrant en considération à titre de critère de réduction, l'intimée reste dans les limites de son pouvoir d'appréciation en ne retenant aucun abattement.

L'argumentation du recourant selon laquelle l'OAI, lui, a appliqué une réduction de 10% ne peut être suivie, dès lors que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3). Au demeurant, on relèvera que la déduction de 10% pour l'année 2024 sur le revenu d'invalidité appliquée par l'OAI dans sa décision du 24 janvier 2025 découle des modifications légales intervenues dans l'assurance-invalidité, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2024 (cf. art. 26^{bis} al. 3 RAI), et non d'une appréciation par l'OAI de la capacité de travail résiduelle du recourant en raison d'éventuelles circonstances particulières dans le cas d'espèce.

La comparaison du revenu sans invalidité de CHF 85'503.60.- avec le revenu d'invalidité de CHF 68'286.46 conduit à un taux d'invalidité de 20.13% ($(85'503.60 - 68'286.46) / 85'503.60 \times 100$), arrondi à 20%, lequel ouvre le droit à une rente d'invalidité du même taux (art. 18 al. 1 LAA) à compter du 1^{er} septembre 2024.

Sur ce point, le recourant obtient donc gain de cause.

10. Reste encore à vérifier le taux de l'IPAI.

10.1 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). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2 1re phr.).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence, etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Elle se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel. En cela, elle se distingue de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (ATF 115 V 137 consid. 1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.2 et les références ; 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références).

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

La Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA ou SUVA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur www.suva.ch). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA – RS 832.202 ; ATF 132 II 117 consid. 2.2.3 ; 124 V 209 consid. 4a/cc ; 116 V 156 consid. 3a).

10.2 L'intimée a reconnu au recourant le droit à une IPAI de 15%, sur la base de l'appréciation du 2 mai 2024 du Dr D_____.

Ce dernier a estimé que l'entorse du médiotarse au pied gauche justifiait un taux d'IPAI correspondant, par analogie, à la médiane des taux attribués aux troubles fonctionnels après atteinte de l'articulation du Lisfranc, conformément à la table 2 relative aux atteintes résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs.

Le recourant se contente de conclure à un taux supérieur à 15%, sans apporter aucun élément à l'appui de sa demande, ni verser au dossier le moindre avis médical en ce sens. Il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter de l'avis du Dr D_____ sur ce point.

- 11.** Au vu des éléments qui précèdent, le recours est partiellement admis et la décision sur opposition du 1^{er} mai 2025 réformée, en ce sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 20% à partir du 1^{er} septembre 2024.

Le recourant obtenant partiellement gain de cause et étant assisté d'un conseil, il a droit à des dépens, fixés à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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. Réforme la décision sur opposition du 1^{er} mai 2025, en ce sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 20% à partir du 1^{er} septembre 2024.
4. Rejette le recours pour le surplus.
5. Alloue au recourant, à la charge de l'intimée, une indemnité de dépens de CHF 1'500.-.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Karine STECK

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