RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1962/2022 **ATAS/943/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 octobre 2022

6ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o Monsieur B_____, _____, CHÊNE-BOURG, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Andres PEREZ	recourant
contre	
SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE	intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Christine WEBER-FUX et Yda ARCE, Juges assesseures

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1978, de nationalité allemande, a obtenu un diplôme de « Technicien mécanicien » délivré par une Haute École de Bosnie-Herzégovine en 1996, un diplôme en Études philosophiques et islamiques en Iran en 2001, puis un certificat d'aptitude dans le domaine de la construction métallique en Allemagne en 2015. Il est arrivé en Suisse en mai 2016 et a travaillé en qualité de constructeur métallique. Le8 mai 2017, il a été engagé par la société C_____ SA et a été placé auprès de l'entreprise D_____ SA. À ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA) contre les accidents professionnels et non professionnels.

b. Le 2 août 2017, l'assuré a été renversé par une camionnette alors qu'il circulait à vélo et a été blessé à l'épaule, à la hanche, au genou et à la nuque.

B. **a.** Les premiers soins ont été donnés le jour même à la Clinique de Carouge, où une entorse acromio-claviculaire droite et une contusion du genou gauche ont été diagnostiquées. Une incapacité de travail totale a été prescrite dès le 3 août 2017, puis il a progressivement repris le travail, à 50% dès le 16 octobre, à 85% à partir du 6 novembre et à 100% dès le 11 décembre 2017.

b. En raison d'une recrudescence des douleurs au niveau de la hanche gauche, un arrêt de travail total a été signé dès le 4 décembre 2017. Les investigations ont révélé une fracture sous-chondrale de la tête fémorale gauche, qui a consolidé sans fracture, et une déchirure labrale antéro-supérieure, qui a persisté. Lors d'une consultation du 19 octobre 2018 au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci-après : HUG), il a été considéré que l'évolution était favorable, qu'il n'y avait pas de traitement particulier, notamment pas d'indication chirurgicale.

c. Le 2 février 2018, l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) a enregistré une demande de prestations de l'assuré.

d. Le 16 août 2019, l'assuré a été examiné par le docteur E_____, médecin d'arrondissement de la SUVA et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a retenu le diagnostic de lésion cartilagineuse et labrale de la hanche gauche, et considéré que l'ancienne activité n'était plus exigible. En revanche, dans un travail réalisé alternativement en position assise et debout, avec un port de charge ponctuel limité à 10 kg, sans devoir s'accroupir, s'agenouiller et monter sur une échelle ou un toit, un taux d'activité de 100% était exigible, sans baisse de rendement. Il n'y avait pas de limitation au niveau des membres supérieurs.

e. Dans un avis rendu le même jour, ce médecin a fixé le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 10%.

f. Dans un rapport final du 26 mars 2020, le service médical régional de l'OAI a conclu, sur la base du dossier médical de la SUVA, que l'ancienne activité dans la construction métallique n'était plus exigible en raison du problème de la hanche gauche et que, dans une activité adaptée, une capacité de travail entière était exigible, sans baisse de rendement.

g. Par décision du 1er septembre 2020, la SUVA a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, au motif que la comparaison des revenus avec invalidité (CHF 65'542.- selon les données statistiques) et sans invalidité (CHF 66'584.- selon les informations communiquées par l'ancien employeur) révélait une perte de gain inférieure à 2%. Elle lui a par ailleurs octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%.

h. En date des 14 septembre et 12 octobre 2020, l'assuré s'est opposé à la décision précitée, soutenant notamment qu'il présentait encore des atteintes aux niveaux de l'épaule, du genou et de la hanche, et que son médecin traitant estimait qu'une reprise d'activité professionnelle n'était possible qu'à 50% dès le mois de février 2020 et selon certaines restrictions. Il a également indiqué que l'entreprise D_____ était sur le point de l'engager à un salaire bien plus élevé que celui qu'il percevait au moment de l'accident, et que le gain d'invalide devait être fixé en référence au seul secteur des services.

Il a communiqué un rapport du 7 septembre 2020 du docteur F_____, spécialiste FMH en médecine générale, et une « Attestation de promesse d'engagement » établie le 13 juillet 2020 par le directeur de D_____, selon laquelle, en 2020, le salaire horaire était de CHF 39.- de l'heure, avec 13ème salaire.

i. Selon une note interne de la SUVA relative à un entretien téléphonique du 31 août 2021 avec le directeur de D_____, il lui avait été précisé que le salaire horaire « avec 13ème salaire selon convention collective de la MBG » devait s'entendre « 13ème salaire y compris ».

j. Par décision du 6 mai 2021, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité entière limitée du 1er août 2018 au 31 janvier 2019, retenant en substance que l'intéressé disposait d'une capacité de travail totale dès le 19 octobre 2018 dans une activité adaptée et que sa perte de gain était nulle.

L'intéressé a déposé un recours auprès de la chambre de céans contre cette décision (A/1946/2021), actuellement pendant.

k. Le 7 décembre 2021, la SUVA a annulé et remplacé la décision du 1er septembre 2020, octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 21% à compter du 1er février 2020 et confirmé le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%. Elle a retenu un gain de valide de CHF 82'833.- et fixé le revenu d'invalide à CHF 65'477.- après avoir appliqué un abattement de 5% pour les limitations fonctionnelles.

l. Les 14 janvier et 9 février 2022, l'intéressé a contesté cette décision. Il a exposé que les séquelles physiques importantes touchant son épaule, son genou gauche et sa hanche l'empêchaient de reprendre son métier et réduisaient considérablement les possibilités d'exercer pleinement une activité adaptée, estimée à 50% par son médecin traitant. S'agissant de sa perte de gain, il a considéré qu'une baisse de rendement devait être retenue et que le taux d'abattement devait être porté à 30% au regard de sa situation personnelle, en particulier de son arrivée en Suisse en 2016, du fait qu'il était au bénéfice d'un permis B et que ses limitations fonctionnelles étaient importantes.

m. Par décision sur opposition du 11 mai 2022, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la décision entreprise. Elle a considéré que le rapport du médecin traitant ne faisait état d'aucun élément propre à remettre en cause les conclusions de son médecin d'arrondissement. Concernant le gain d'invalide, elle a notamment relevé que le salaire statistique recouvrait un large éventail d'activités variées et non qualifiées n'impliquant pas de formation particulière, qu'il n'apparaissait pas d'emblée que le permis B soit susceptible de réduire les perspectives salariales au regard de la nature des activités encore exigibles, et que les limitations fonctionnelles n'étaient pas assez importantes pour justifier un taux d'abattement supérieur à 5%. Quant au revenu de valide, elle avait admis, sur la base de l'attestation du 13 juillet 2020 de D_____ SA, un salaire horaire en 2020 de CHF 39.- y compris le 13ème salaire, soit CHF 36.- sans le 13ème salaire. En application de la Convention collective de travail pour les métiers techniques de la métallurgie du bâtiment dans le canton de Genève (ci-après : CCT MBG ; édition 2016, complétée en septembre 2020), l'assuré aurait eu droit à 22 jours de vacances, ce qui correspondait à un taux d'indemnisation de 9,24% (22 jours / 238 jours [365 jours - 52 samedis - 52 dimanches - 22 jours de vacances]). Quant à l'indemnisation pour les jours fériés, le taux était de 3,9% (230 jours ([365 jours - 52 samedis - 52 dimanches - 9 jours fériés - 22 jours de vacances] / 9). Enfin, et conformément aux indications de D_____, la durée annuelle de travail devait être fixée à 1'877.80 heures (41 heures par semaine x 52 semaines = 2'132 heures [8.2 heures par jour x 22 jours de vacances = 180.40] - 9 jours fériés [8.2 heures/jour x 9 = 73.80]). Par conséquent, le gain de valide se déterminait de la manière suivante : CHF 36.- + CHF 1.40 pour les jours fériés (3,91% x CHF 36.-) + CHF 3.32 pour les vacances (CHF 36.- x 9,24%) = CHF 40.72 x 1'877.80/an = CHF 76'464 x 8,33% (13ème salaire) = CHF 82'833.-.

C. **a.** Par acte du 13 juin 2022, l'assuré, représenté par un avocat, a interjeté recours contre la décision sur opposition du 11 mai 2022, concluant sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une rente d'invalidité « dans le sens des considérants ». Concernant le salaire sans invalidité, le recourant a soutenu que le 13ème salaire venait s'ajouter au salaire horaire de base de CHF 39.-, comme cela ressortait de l'attestation du 13 juillet 2020, et avait été en outre clairement confirmé dans un nouveau certificat du 1er

juin 2022, qui faisait état, pour 2020, d'un salaire horaire total de CHF 47.37, composé du salaire de base de CHF 39.-, auquel étaient ajoutés CHF 3.60 à titre d'indemnités de vacances (9,24% sur CHF 39.-), CHF 1.52 pour les indemnités pour jours fériés (3,91% sur CHF 39.-), et CHF 3.25 correspondant à la part du 13ème salaire (8,33% de CHF 39.-). S'agissant du revenu avec invalidité, il a exposé qu'il présentait des limitations fonctionnelles qui constituaient clairement un frein à son engagement car elles étaient nombreuses. En outre, il était âgé de 44 ans, de nationalité allemande, et avait uniquement travaillé pour deux entreprises au cours des 14 dernières années. Un abattement d'au moins 15% devait être appliqué. Enfin, son médecin traitant avait attesté qu'une activité ne devrait être exercée qu'à un taux maximal de 50%, ce qui réduisait d'autant le revenu raisonnablement exigible.

b. Dans sa réponse du 30 août 2022, l'intimée a conclu à l'admission partielle du recours. Elle a relevé que le recourant n'avait fait valoir aucune critique pertinente concernant l'évaluation de sa capacité de travail résiduelle. S'agissant du gain de valide, elle a estimé, sur la base de l'attestation de D_____ du 1er juin 2022, que le salaire horaire pouvait être fixé à CHF 47.37. Compte tenu d'un horaire annuel de 2'132 heures (41 heures par semaine x 52 semaines), auxquelles il convenait de soustraire 254.20 heures pour les jours de vacances et les jours fériés (8.2 heures par jour x 22 jours de vacances = 180.40 et 8.2 heures par jour x 9 jours fériés = 73.80), il en résultait un total de 1'877.80 heures (2'132 – 254.20), ce qui donnait un salaire annuel de CHF 88'951.- (CHF 47.37 x 1'877.80). Quant au revenu d'invalide, un abattement n'entrait en considération que si, sur un marché du travail équilibré, il n'y avait plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré. Or, cela n'était manifestement pas le cas, de sorte que l'abattement de 5% et le revenu d'invalide de CHF 65'477.- pouvaient être confirmés. En tenant compte du nouveau gain de valide, la comparaison des revenus débouchait sur une perte de capacité de gain de 26,38%, arrondie à 26%, au lieu des 21% retenus dans la décision litigieuse.

c. Le 26 septembre 2022, le recourant a persisté dans les conclusions de son recours.

EN DROIT

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

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

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

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

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

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

Selon l'art 38 LPGA, si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (al. 1). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit. Le droit cantonal déterminant est celui du canton où la partie ou son mandataire a son domicile ou son siège (al. 3).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours du 13 juin 2022 contre la décision sur opposition du 11 mai 2022 est recevable.

5. Le litige porte sur le taux du degré d'invalidité du recourant, et plus particulièrement sur l'évaluation, d'une part, de sa capacité de travail dans une activité adaptée et, d'autre part, de ses revenus d'invalide et de valide.

6. 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.

D'après l'art. 4 LPGA, est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraine la mort.

6.1 Conformément à l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite.

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

Conformément à l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1) ; seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

L'art. 8 al. 1 LPGA dispose qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

6.2 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 ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.3.1).

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

6.2.1 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 ; ATF 134 V 322 consid. 4.1 et les références).

Selon la jurisprudence, le revenu que pourrait réaliser l'assuré sans invalidité est en principe établi sans prendre en considération les possibilités théoriques de développement professionnel (lié en particulier à un complément de formation) ou

d'avancement, à moins que des indices concrets rendent très vraisemblable qu'elles se seraient réalisées (arrêt du Tribunal fédéral 9C_439/2020 du 18 août 2020 consid. 4.4). Cela pourra être le cas lorsque l'employeur a laissé entrevoir une telle perspective d'avancement ou a donné des assurances en ce sens. En revanche, de simples déclarations d'intention de l'assuré ne suffisent pas ; l'intention de progresser sur le plan professionnel doit s'être manifestée par des étapes concrètes, telles que la fréquentation d'un cours, le début d'études ou la passation d'examens. Ces principes s'appliquent aussi dans le cas de jeunes assurés. Le point de savoir si le salaire réel aurait augmenté grâce à un développement des capacités professionnelles individuelles, notamment un changement de profession, doit être établi au degré de la vraisemblance prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_45/2022 du 3 août 2022 consid. 3.2 et les références).

6.2.2 En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 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 148 V 174 consid. 9.2.3 et 9.2.4 ; ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1). Lorsque cela apparait indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières; tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte (arrêt du Tribunal fédéral 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2.1 et la référence). Il y a en revanche lieu de se référer à la ligne « total secteur privé » lorsque l'assuré ne peut plus raisonnablement exercer son activité habituelle et qu'il est tributaire d'un nouveau domaine d'activité pour lequel l'ensemble du marché du travail est en principe disponible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_405/2021 du 9 novembre 2021 consid. 5.2.1 et les références). En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques dans le secteur privé) pour se référer à la table TA7 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon le domaine d'activité dans les secteurs privé et public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible. 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3). Les tableaux TA1, T1 et T17 de l'ESS 2020 ont été publiés le 23 août 2022 ; l'ESS 2018, le 21 avril 2020). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a récemment estimé qu'il n'y avait pas de motif sérieux et objectif de modifier la jurisprudence selon laquelle la détermination du revenu d'invalide 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).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 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 146 V 16 consid. 4.1 et les références; ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 126 V 75 consid. 5b/bb et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 3.3 et les références).

Une réduction au titre du handicap dépend de la nature des limitations fonctionnelles présentées et n'entre en considération que si, dans un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_118/2021 du 21 décembre 2021 consid. 6.3.1). L'absence d'expérience et de formation ne joue pas de rôle lorsque le revenu d'invalide a été déterminé en référence au salaire statistique auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives de

niveau de compétence 1. En effet, ce dernier concerne une catégorie d'emplois ne nécessitant ni formation ni expérience professionnelle spécifique (arrêts du Tribunal fédéral 9C_847/2018 du 2 avril 2019 consid. 6.2.3 et 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2).

7. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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 (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 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).

7.1 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).

7.2 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et les références ; 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références ; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6. 1 et la référence).

9. En l'espèce, dans sa décision litigieuse du 11 mai 2022, l'intimée a considéré, sur la base du rapport du 16 août 2019 du Dr E_____, que le recourant disposait d'une capacité de travail résiduelle de 100%, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée.

Le recourant a, pour sa part, contesté cette évaluation et rappelé que le Dr F_____ avait attesté qu'une activité professionnelle ne devrait être exercée qu'à un taux maximal de 50%.

9.1 Il convient d'examiner la valeur probante de ces documents.

9.1.1 La chambre de céans observe tout d'abord que le médecin d'arrondissement a résumé l'évolution suivant les pièces communiquées, examiné le dossier d'imagerie, consigné les déclarations de l'intéressé ainsi que ses constatations objectives suite à un examen médical minutieux de l'épaule droite, du genou gauche et de la hanche gauche du recourant. Il a notamment relevé que l'évolution suite à l'entorse acromio-claviculaire était très bonne et qu'il n'y avait aucune opération à envisager. S'agissant du genou gauche, la mobilité était sans particularité et il n'y avait pas de signe d'instabilité. Quant à la hanche gauche, aucune indication chirurgicale n'avait été retenue à l'issue de l'avis spécialisé. L'intéressé avait relaté quelques douleurs lors des tests de mobilité, ainsi que lors de la position accroupie et à la marche. Le médecin d'arrondissement a expliqué que l'activité habituelle de serrurier-constructeur métallique nécessitant le port de charges de 40 à 50 kg n'était plus exigible en raison d'un risque de dégradation arthrosique prématurée au niveau de la hanche. En revanche, dans une activité réalisée alternativement en position assise et debout, avec un port de charge ponctuel limité à 10 kg, sans devoir s'agenouiller, s'accroupir, monter sur une échelle ou un toit, la capacité de travail était entière, sans baisse de rendement, étant encore précisé qu'il n'y avait aucune contre-indication concernant les membres supérieurs.

Le rapport du 16 août 2019 du Dr E_____ résulte d'une étude approfondie des points litigieux et a été rendu en pleine connaissance de l'anamnèse, sur la base d'un examen médical complet de l'intéressé, dont les plaintes ont été prises en considération. Il est exempt de toute contradiction et ses conclusions sont convaincantes et motivées. Ce document remplit donc a priori tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaitre une pleine valeur probante.

9.1.2 Reste à examiner si le dossier de la cause comporte des indices concrets permettant de douter de son bien-fondé.

Selon la déclaration de sinistre du 9 août 2017, le recourant a été blessé à l'épaule, à la hanche, au genou et à la nuque. La doctoresse G_____, médecin à la Clinique de Carouge où les premiers soins ont été prodigués le jour de l'accident, a diagnostiqué une entorse acromio-claviculaire droite et une contusion du genou gauche (cf. rapport du 28 août 2017).

En ce qui concerne l'épaule droite, le diagnostic d'entorse acromio-claviculaire a été confirmé par le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a constaté que l'évolution était favorable (cf. rapport du 26 septembre 2017). Ce médecin a ainsi attesté d'une reprise progressive du travail, à 50% à partir du 16 octobre (cf. certificat médical du 10 octobre 2017), à 85% dès le 6 novembre (cf. certificat médical du 6 novembre 2017) et à 100% à compter du 11 décembre 2017 (cf. rapport du 10 janvier 2018). L'évolution favorable du trouble au niveau de l'épaule droite a d'ailleurs également été observée par le

médecin traitant du recourant, le Dr F_____ (cf. rapport du 20 août 2018), lequel n'a par la suite rapporté ni douleurs ni restrictions en lien avec cette articulation (cf. rapports des 28 janvier 2019 et 7 septembre 2020). L'appréciation du Dr E_____, qui n'a retenu aucune limitation fonctionnelle des suites de l'entorse acromio-claviculaire droite survenue deux ans auparavant est donc conforme à l'avis de tous les autres médecins ayant examiné le recourant.

S'agissant du genou gauche, la Dresse G_____ a diagnostiqué une simple contusion (cf. rapport du 28 août 2017) et les médecins consultés par la suite n'ont pas signalé de plaintes au niveau de cette articulation, qui n'a donc fait l'objet d'aucun traitement et d'aucune investigation médicale. Faute de tout document évoquant une atteinte du genou gauche, rien ne permet de douter de la fiabilité et de la validité des constatations du médecin d'arrondissement.

Concernant la hanche gauche, la fracture sous-chondrale de la tête fémorale gauche et la lésion du labrum n'ont été révélées qu'en décembre 2017 (cf. rapport d'arthro - imagerie par résonnance magnétique [ci-après : IRM]) du 12 décembre 2017). Le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a attesté d'une totale incapacité de travail dès le 4 décembre 2017 en raison de ces troubles (cf. rapport du 14 décembre 2017). La fracture sous-chondrale de la tête fémorale a consolidé sans séquelle, mais la déchirure labrale antéro-supérieure a persisté (cf. rapport d'IRM du 23 mai 2018). Le Dr F_____, spécialiste FMH en médecine générale, a constaté que le labrum gauche ne guérissait pas et provoquait des douleurs à la charge prolongée, rendant une reprise professionnelle impossible en tant que serrurier. Il a sollicité un avis spécialisé (cf. rapport du 20 août 2018). Le 19 octobre 2018, le recourant a ainsi consulté le professeur J_____, médecin-chef auprès du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur aux HUG. Ce médecin a indiqué que l'intéressé n'avait pas de douleurs particulières et qu'il marchait sans canne et sans limite. L'examen clinique montrait une hanche souple, l'évolution était favorable et il n'y avait pas de traitement particulier, notamment pas d'indication chirurgicale (cf. rapport du 13 janvier 2019). Trois mois plus tard, le Dr F_____ a toutefois signalé que les douleurs chroniques persistaient à la hanche gauche, qu'une reprise de l'activité habituelle n'était pas possible et qu'une reconversion professionnelle était préconisée (cf. rapport du 28 janvier 2019). Une nouvelle IRM a été réalisée en avril 2019, lors de laquelle la fissuration du labrum a été retrouvée au niveau de sa partie superlatérale, d'aspect et de taille inchangés par rapport à l'examen de 2018 (cf. rapport d'IRM du 23 avril 2019). Le Dr F_____ a rappelé l'absence de guérison de la déchirure labrale et indiqué qu'il persistait des douleurs après un certain temps de marche et d'activités, majorées au port de charge. Il a considéré que la reprise d'une activité professionnelle était possible à 50% seulement, dès le mois de février 2020 (cf. rapport du 7 septembre 2020). La chambre de céans relève, d'une part, que le médecin traitant n'a pas attesté de limitations

fonctionnelles supplémentaires à celles déjà prises en compte par le médecin d'arrondissement et, d'autre part, qu'il n'a pas du tout motivé son évaluation de la capacité résiduelle de travail. Cette dernière, limitée à 50%, est en outre contradictoire avec ses précédentes estimations puisque le Dr F_____ avait clairement indiqué à l'OAI que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée (cf. rapport du 11 octobre 2019). Enfin, on perçoit mal les raisons pour lesquelles le recourant ne pourrait pas exercer, à temps complet et avec un rendement normal, un métier respectant les limitations fonctionnelles clairement décrites par le médecin d'arrondissement et qui découlent exclusivement de sa déchirure du labrum.

9.1.3 En l'absence de tout élément permettant de douter du bien-fondé de l'appréciation du Dr E_____, le rapport de ce dernier du 16 août 2019 doit se voir reconnaitre une pleine valeur probante.

La chambre de céans fera donc siennes les conclusions du médecin d'arrondissement et tiendra pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que le recourant dispose d'une capacité de travail entière, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée exercée alternativement en position assise et debout, avec un port de charge ponctuel limité à 10 kg, sans nécessité de s'agenouiller, de s'accroupir, et monter sur une échelle ou un toit.

9.2 Il sied à présent de se déterminer sur le calcul du degré d'invalidité.

9.2.1 Il est rappelé que, dans sa décision litigieuse du 11 mai 2022, l'intimée a retenu une perte de gain de 21%, après comparaison des revenus sans invalidité (CHF 82'833.-) et avec invalidité (CHF 65'477.-).

Suite à la production par le recourant d'une nouvelle attestation de D_____, l'intimée a admis, dans son écriture de réponse du 30 août 2022, le salaire horaire de CHF 47.37 retenu par le recourant et fixé le gain déterminant à CHF 88'951.-, ce qui portait le degré d'invalidité à 26%.

9.2.2 En ce qui concerne le revenu sans invalidité, les parties s'accordent donc désormais sur le salaire horaire de CHF 47.37 pour 2020, lequel comprend, conformément à l'attestation du 1er juin 2022, le revenu de base de CHF 39.-, auquel ont été ajoutés CHF 3.60 à titre d'indemnités de vacances (9,24% sur CHF 39.-), CHF 1.52 pour les indemnités pour jours fériés (3,91% sur CHF 39.-) et CHF 3.25 correspondant à la part du 13ème salaire (8,33% de CHF 39.-).

Lorsque le salaire horaire comprend l'indemnité de vacances et l'indemnité pour jours fériés, les jours correspondants de vacances et de congé doivent être déduits du temps de travail annuel (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_401/2018 du 16 mai 2019 consid. 4.4 et 8C_520/2016 du 14 août 2017 consid. 4.3.2).

En l'occurrence, l'intimée a effectivement tenu compte d'une rémunération avec les indemnités pour vacances et jours fériés (CHF 47.37), ce qui justifiait donc de

déduire les jours correspondant à ces congés, ce que le recourant ne conteste au demeurant pas. Son calcul ne prête pas le flanc à critique puisqu'elle s'est référée à l'horaire de travail hebdomadaire indiqué par l'ancien employeur du recourant (41 heures), qu'elle a ensuite annualisé (41 heures par semaine x 52 semaines). À ce total de 2'132 heures, elle a correctement soustrait 254.20 heures correspondant aux jours de vacances (8.2 heures par jour x 22 jours de vacances = 180.40) et aux jours fériés (8.2 heures par jour x 9 jours fériés = 73.80), ce qui donne un résultat de 1'877.80 heures (2'132 – 254.20), soit un salaire annuel de CHF 88'951.- (CHF 47.37 x 1'877.80).

9.2.3 S'agissant du revenu avec invalidité, la chambre de céans rappelle tout d'abord qu'il n'y a pas lieu de s'écarter de l'évaluation du Dr E_____ quant à l'entière capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, et ce sans diminution de rendement.

Le recourant ne fait valoir aucun argument à l'encontre du calcul de l'intimée. La chambre de céans relèvera donc brièvement que cette dernière s'est référée à bon droit aux ESS 2018, dès lors que les données de 2020 n'avaient pas encore été publiées lors du prononcé de la décision litigieuse, et plus particulièrement au tableau TA1_tirage_skill_level, ligne « Total », pour les hommes, niveau de compétences 1, soit un revenu mensuel de CHF 5'417.-. Ce montant doit être annualisé et adapté à l'horaire de travail moyen (41.7 heures par semaine pour 2020), ce qui l'établit à CHF 67'767.-, puis être indexé à l'indice des salaires nominaux pour les années 2019 (+ 0,9%) et 2020 (+ 0,8%). Compte tenu de l'abattement de 5% retenu par l'intimée, le revenu d'invalide s'élève donc bien à CHF 65'477.-.

S'agissant du taux d'abattement contesté par le recourant, elle rappellera que les limitations fonctionnelles dont souffre l'intéressé ne concernent que la hanche gauche et visent avant tout à l'épargner afin de prévenir une dégradation arthrosique prématurée. Il est ainsi contre-indiqué pour le recourant de porter des charges de plus de 10 kg, de travailler en positions accroupie et agenouillée, de monter sur une échelle ou un toit, et il doit pouvoir alterner les positions assise et debout. Ces restrictions n'ont pas d'incidence sur l'exercice de tâches simples et légères, étant relevé que le recourant n'est aucunement entravé dans l'utilisation de ses membres supérieurs. Il conserve donc une capacité de travail importante dans des travaux légers. Les limitations fonctionnelles décrites ne justifient donc pas d'appliquer un abattement supérieur à 5%, étant rappelé que le marché du travail équilibré offre à l'intéressé de nombreuses possibilités lui permettant de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail. Le critère de l'âge, dont la jurisprudence du Tribunal fédéral n'a pas confirmé qu'il constitue, dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, un critère d'abattement (arrêt du Tribunal fédéral 8C_50/2022 du 11 août 2022), ne saurait en toute hypothèse entrer en ligne de compte, le recourant, né en 1978, étant éloigné de l'âge de la

retraite. Enfin, il n'a pas exposé en quoi sa nationalité allemande et le fait qu'il était au bénéfice d'un livret B constitueraient des inconvénients qui justifieraient la correction du revenu d'invalide.

Dans ces conditions, rien ne justifie de s'écarter du taux de 5% retenu par l'intimée à titre d'abattement, ce qui permet de confirmer le gain d'invalide de CHF 65'477.-.

9.2.4 Par conséquent, après comparaison des revenus de valide (CHF 88'951.-) et d'invalide (CHF 65'477.-), la perte de gain s'élève effectivement à 26%.

10. Partant, le recours est partiellement admis, la décision sur opposition du 11 mai 2022 annulée et le droit à la rente d'invalidité reconnue au recourant dès le 1er février 2020 est fixé à 26%.

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

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis 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 11 mai 2022.
4. Dit que le recourant à droit à une rente d'invalidité de 26% dès le 1er février 2020.
5. Alloue une indemnité de CHF 1'500.- au recourant à charge de l'intimée.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Adriana MALANGA	Valérie MONTANI

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