

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2840/2024

ATAS/960/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 décembre 2025

Chambre 16

En la cause

A _____
représenté par CARITAS GENÈVE, soit pour elle B _____,
mandataire

recourant

contre

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

intimée

**Siégeant : Justine BALZLI, présidente; Yves MABILLARD et Michael RUDERMANN,
juges assesseurs**

EN FAIT

A. a. A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1975, a été engagé à compter du 16 mars 2022 par C_____ en tant que peintre à 100%.

b. À ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) contre le risque d'accident, professionnel ou non.

c. C_____ a été radiée du registre du commerce de Genève le 21 février 2024 à la suite de la cessation de son exploitation.

B. a. Le 25 mars 2022, l'assuré est tombé d'un escabeau d'une hauteur d'un mètre et s'est réceptionné sur ses deux pieds. Il a pu marcher 200 mètres, mais a dû s'arrêter à cause des douleurs.

Depuis lors, il est incapable de travailler.

La CNA a pris en charge les suites de cet accident.

b. En raison d'un œdème survenu durant la nuit et des douleurs, l'assuré s'est rendu aux urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) le lendemain, où les médecins ont diagnostiqué, suite aux radiographies effectuées à droite, une fracture du calcanéum de type Sanders III et, à gauche, une fracture du calcanéum de type Sanders IV associé à une fracture de la malléole externe de type Weber A.

c. Du 26 mars au 25 avril 2022, l'assuré a été hospitalisé aux HUG, tout d'abord à l'unité d'urgences ambulatoires avant d'être transféré au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

d. Le 6 avril 2022, l'assuré a bénéficié d'une ostéosynthèse du calcanéum gauche par plaque et vis libres.

e. Du 26 juin au 3 août 2023, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation. À l'issue de ce séjour, les médecins ont retenu, dans leur rapport du 21 août 2023, les diagnostics de fracture du calcanéum droit de type Sanders III et fracture du calcanéum gauche de type Sanders IV associée à une fracture de la malléole externe de type Weber A, ayant nécessité une ostéosynthèse en date du 6 avril 2022 et une ablation du matériel d'ostéosynthèse le 10 mai 2023. Les médecins ont également retenu, à titre de diagnostics secondaires, des tests hépatiques perturbés dans un contexte de stéatose hépatique et des coxalgies gauches et lombalgies gauches non déficitaires, ainsi que, à titre de complications, une arthrose sous-talienne des deux côtés, prédominante à gauche.

En raison de ces atteintes, les médecins de la CRR ont retenu les limitations fonctionnelles provisoires suivantes : pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de port de charges répété, pas de marche sans moyen auxiliaire, pas de marche prolongée ou de marche en terrain irrégulier, pas de réalisation répétée d'escaliers

pas de position accroupie ou à genoux, pas d'utilisation d'échelle et pas de position statique debout prolongée.

La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. La poursuite d'un traitement de physiothérapie pourrait permettre une diminution des douleurs, une amélioration de la force et de l'endurance des deux membres inférieurs et donc une amélioration des aptitudes fonctionnelles. De plus, l'indication à une arthrodèse sous-talienne des deux côtés était à réévaluer dans les semaines qui suivaient. La stabilisation médicale était attendue dans un délai de quatre à cinq mois.

Le pronostic de réinsertion dans l'activité habituelle était défavorable en raison de facteurs médicaux et non médicaux. Quant au pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, il était théoriquement favorable mais des facteurs personnels et contextuels (kinésiophobie modérée à sévère, catastrophisme élevé, sous-estimation des capacités fonctionnelles, cotation élevée de la douleur, focalisation sur celle-ci, chez une personne anxieuse, mauvaise maîtrise du français, absence de formation reconnue en Suisse et absence de permis de séjour) pouvaient interférer avec le retour au travail.

f. Dans leurs rapports des 2 octobre 2023 et 12 janvier 2024, les médecins du service de chirurgie des HUG ont retenu, à titre de diagnostic principal, celui d'arthrose sous-talienne droite et ont évoqué, en raison du résultat mitigé du traitement conservateur, la possibilité d'effectuer une arthrodèse sous-talienne, ce qui devait permettre d'espérer une diminution des douleurs d'environ 80%.

g. Afin de se prononcer sur la suite de la prise en charge du cas, la CNA a demandé un deuxième avis à la docteure D_____, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique, laquelle a expliqué, dans un courrier du 25 janvier 2024 établi après examen clinique de l'assuré, avoir retrouvé une hyperkératose (ndlr : épaissement de la peau) marquée au niveau des deux talons, constat difficilement compatible avec l'incapacité à poser le talon démontrée pendant la consultation. À la palpation, l'assuré présentait des douleurs marquées au niveau des deux sous-taliennes. En résumé, il s'agissait d'une situation présentant une discrédence nette entre l'examen radiologique/clinique et les symptômes avancés par l'assuré. De ce fait, le Dre D_____ émettait des doutes importants quant à une prise en charge chirurgicale sous forme d'arthrodèse sous-talienne et ne retenait donc pas d'indication chirurgicale.

h. La CNA a ensuite soumis les pièces médicales à son médecin-conseil, la docteure E_____, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique, laquelle s'est prononcée dans une appréciation datée du 31 janvier 2024, dans laquelle elle a notamment repris les diagnostics, limitations fonctionnelles et la capacité de travail évoqués par les médecins de la CRR. Retenant qu'il ne fallait pas attendre du traitement chirurgical préconisé par les HUG une amélioration de l'état de santé qui permettrait une reprise de travail, elle a considéré que l'état était

stabilisé. Les limitations fonctionnelles, qui devaient désormais être qualifiées de définitives, entraînaient une capacité de travail nulle dans l'activité de peintre en bâtiment, et entière avec rendement de 100% dans une activité adaptée, étant encore rappelé que selon les médecins de la CRR, le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée, bien que théoriquement favorable, n'était pas bon en raison de facteurs personnels et contextuels qui pouvaient interférer avec le retour au travail. Une arthrodèse sous talienne gauche pouvait être réévaluée à moyen terme en cas d'aggravation des symptômes. Néanmoins, il ne fallait pas attendre d'une telle intervention une amélioration de la capacité de travail compte tenu du pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité défavorable en lien avec les facteurs médicaux retenus après l'accident mais également en lien avec des facteurs non-médicaux.

i. Le même jour, la Dre E_____ a fixé à 15% l'atteinte à l'intégrité, expliquant que l'assuré souffrait d'une arthrose alors modérée à gauche et débutante à droite. L'évolution vers une arthrose sévère à gauche était probable à moyen terme, ce qui nécessiterait alors une arthrodèse sous-talienne *in situ*. Le risque à droite était très faible. Le médecin-conseil a encore relevé que le résultat théorique de telles interventions pouvait être bon ou se grever de complications (infectieuses ou pseudarthrose douloureuse). Étant donné que les deux sous-taliennes étaient atteintes, il était conseillé de retarder le plus longtemps possible ce geste qui, s'il était réalisé à gauche d'abord, était susceptible de décompenser la cheville droite.

j. Par communication du 12 février 2024, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait un terme au paiement des soins médicaux et au versement de l'indemnité journalière avec effet au 1^{er} avril 2024, dès lors qu'il n'avait plus besoin de traitement et que l'intervention proposée par les HUG n'était pas exigible. Elle examinait par ailleurs le droit à d'autres prestations d'assurance.

k. Dans une brève appréciation complémentaire du 21 février 2024, la Dre E_____ a considéré que, comme la Dre D_____ avait relevé une incohérence vu les callosités constatées, une enquête pour savoir dans quelle mesure l'assuré utilisait quotidiennement les cannes pouvait s'avérer judicieuse. Si l'enquête évoquée permettait de confirmer que l'assuré n'utilisait pas les cannes quotidiennement en dehors de chez lui pour les déplacements à pied, cela pourrait modifier les conclusions dans la mesure où c'étaient les mouvements d'inversion/éversion (soit ceux effectués lors de la marche sur terrains irréguliers et les longues marches de plus de 40 minutes) qui pouvaient expliquer les douleurs.

l. Par décision du 15 avril 2024, confirmée par décision sur opposition du 2 juillet 2024, la CNA a refusé d'accorder une rente d'invalidité, la comparaison des revenus conduisant à une perte de gain de 3%, insuffisante pour ouvrir le droit à une rente.

- C. a.** Par acte du 3 septembre 2024, l'assuré a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre cette décision sur opposition, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et, cela fait, à l'octroi d'une rente d'invalidité.

Les « sous-entendus » de la Dre D_____ tels que repris par la Dre E_____ dans son évaluation du 31 janvier 2024 étaient contestés. Il était toujours obligé de se déplacer avec des cannes pour décharger ses talons à cause des douleurs et n'avait jamais menti aux médecins. La Dre E_____ ne s'était pas prononcée sur sa capacité de travail résiduelle dans l'appréciation à laquelle la CNA se référait. Il était encore très limité par les affections provoquées par l'accident du 25 mars 2022 dans toutes ses activités et n'était pas en mesure de reprendre une quelconque activité professionnelle. À cet égard, il restait dans l'attente d'un rapport de son médecin. Sa capacité résiduelle de travail était nulle dans toute activité. En appliquant la méthode de la comparaison des revenus, il subissait ainsi une perte de gain de 100%, ce qui avait pour conséquence l'ouverture du droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

- b.** Par réponse du 28 octobre 2024, la CNA a conclu au rejet du recours.

Le recourant ne remettait pas en cause la stabilisation de son état de santé. L'exigibilité avait été fixée à l'issue d'un examen complet du dossier, comportant les conclusions des médecins de la CRR et un avis de la Dre D_____. C'était donc sur la base de constatations cliniques et radiographiques figurant au dossier que la Dre E_____ avait considéré que la situation était stabilisée et qu'elle avait qualifié de définitives les limitations fonctionnelles retenues par les médecins de la CRR. Par ailleurs, dans ses écritures, le recourant n'exposait pas en quoi les rapports des Dres E_____ et D_____, ainsi que celui de la CRR, seraient erronés. Enfin, la comparaison des revenus effectuée par la CNA n'avait pas été remise en question.

- c.** Dans sa réplique du 17 décembre 2024, le recourant a maintenu sa position et a conclu à la prise en charge de l'arthrodèse sous-talienne à droite et, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise pour trancher les divergences d'appréciation entre les médecins des HUG et la Dre E_____, respectivement la Dre D_____.

Son état de santé n'était pas encore stabilisé, dès lors qu'une amélioration tant de son état de santé que de sa capacité de travail pouvait être attendue après l'arthrodèse sous-talienne à droite, comme cela était préconisé par les HUG. Dès réception, il ferait parvenir à la chambre de céans un rapport actualisé des médecins du service de chirurgie.

- d.** Par duplique du 17 janvier 2025, la CNA a persisté dans ses conclusions.

e. Le 26 juin 2025, faisant suite à réplique, le recourant a expliqué que le médecin qui le suivait aux HUG avait quitté ses fonctions sans l'avoir revu en vue d'établir le rapport attendu. C'était désormais le docteur F_____, médecin chef de

clinique au service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur, qui allait reprendre le suivi, mais celui-ci n'avait pas été en mesure de fixer un rendez-vous avant le 16 juillet 2025, de sorte que le recourant sollicitait l'octroi d'un nouveau délai.

f. Dans le délai ainsi imparti, par écriture du 24 juillet 2025, le recourant a produit un rapport du Dr F_____ du 23 juillet 2025, lequel permettait, selon lui, d'attester du fait que son état de santé n'était toujours pas stabilisé.

Dans ce rapport, le Dr F_____ proposait notamment, après avoir résumé la situation, de mettre à jour l'imagerie, en réalisant un nouveau Spect-CT. En fonction des résultats, une nouvelle infiltration diagnostique et thérapeutique de l'articulation sous-talienne droite pouvait être discutée et l'indication à une arthrodèse sous-talienne possiblement maintenue.

g. Dans ses déterminations du 14 août 2025, l'intimée a persisté dans ses précédentes conclusions, compte tenu du rapport du 12 août 2025 de la Dre E_____ annexé.

Dans celui-ci, la Dre E_____ a notamment confirmé la stabilisation de l'état de santé du recourant, dès lors qu'aucune infiltration sous-talienne n'avait eu de bénéfice à moyen ou long terme, et qu'aucune arthrodèse sous-talienne n'avait finalement été réalisée, étant encore précisé que, selon le Dr F_____, l'indication à une telle arthrodèse pouvait être « possiblement » maintenue. Ce dernier médecin ne contredisait pas les constatations et affirmations de la Dre D_____ concernant les callosités des talons. Les pièces au dossier ne permettaient pas de confirmer un suivi régulier par les HUG concernant la cheville droite entre janvier 2024 et juillet 2025.

h. Un délai au 8 septembre 2025 a été accordé au recourant pour faire part de ses éventuelles observations. Ce délai a été prolongé au 8 octobre 2025, puis au 28 octobre 2025 et enfin au 4 novembre 2025.

i. Par courrier du 4, mais envoyé le 8 novembre 2025, le recourant s'est déterminé sur les observations de l'intimée du 14 août 2025 et a transmis une copie des convocations récentes reçues pour ses traitements aux HUG, ainsi qu'une liste des médicaments pris quotidiennement.

j. 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 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 délai de recours est de trente jours (art. 60 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable.

2. Le recourant conteste, tout d'abord, la stabilisation de son état de santé.

2.1 En cas d'atteinte à la santé due à un accident, l'assureur-accidents prend en charge les prestations suivantes : le traitement médical (art. 10 ss LAA), les indemnités journalières (art. 16 ss LAA), la rente d'invalidité (art. 18 ss LAA) et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 s. LAA).

L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA).

L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident 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).

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 (art. 19 al. 1 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 (art. 24 al. 1 LAA). 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 (art. 24 al. 2 1^{re} phr. LAA).

2.2 Le traitement médical et les indemnités journalières appartiennent, selon la jurisprudence fédérale, aux prestations temporaires (ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; 133 V 57 consid. 6.6 et 6.7).

La limite temporelle de la prise en charge, par l'assureur-accidents, de ces prestations temporaires (traitement et indemnités journalières) ressort de l'art. 19 LAA relatif aux rentes d'invalidité, qui, pour autant que les conditions soient remplies, prennent le relais des prestations temporaires (ATF 134 V 109

consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral U 391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a). À teneur de cette disposition (al. 1 1^{re} phr.), 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. Il en va de même des indemnités journalières conformément à l'art. 16 al. 2 LAA, lequel stipule que le droit à l'indemnité s'éteint dès qu'une rente est versée. La naissance du droit à la rente supprime ainsi la prise en charge du traitement médical et le versement d'indemnités journalières (ATF 134 V 109 consid. 4.1).

Le droit à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières cesse donc dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 16 al. 2 LAA et art. 19 al. 1 2^e phr. LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_1023/2008 du 1^{er} décembre 2009 et les références citées).

2.3 Savoir ce que signifie une sensible amélioration de l'état de l'assuré (« *namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten* » ; « *un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato* ») au sens de l'art. 19 al. 1 LAA n'est pas précisé par le texte légal. Le concept de l'assurance-accidents sociale étant orienté vers les personnes actives, l'amélioration sensible de l'état de santé est liée à la mesure de l'amélioration de la capacité de travail. Ainsi, le législateur a voulu que l'amélioration de l'état de santé soit d'une certaine importance pour être « sensible ». Les améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et les références citées ; arrêts du Tribunal fédéral U 244/04 du 20 mai 2005 et U 412/00 du 5 juillet 2001).

L'amélioration sensible doit découler de la continuation du traitement médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C_188/2010 du 22 novembre 2010 consid. 3.2). Cette condition n'est pas remplie en ce qui concerne les contrôles médicaux, la prise de médicaments et les traitements de thérapie manuelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_306/2016 du 22 septembre 2016 consid. 5.3). Le simple fait qu'un traitement médical continue à être nécessaire ne suffit pas non plus en soi (arrêt du Tribunal fédéral 8C_956/2009 du 9 mars 2010 consid. 4.1.2). 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 U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2). En matière de physiothérapie, le Tribunal fédéral a précisé que le bénéfice que peut amener la physiothérapie ne fait pas obstacle à la clôture du cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_39/2018 du 11 juillet 2018 et les références).

Lorsque la personne assurée a une capacité de travail limitée dans son activité habituelle mais dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, le cas doit en règle générale être clos, même si la poursuite du traitement médical permet de prévenir une éventuelle péjoration (arrêt du Tribunal fédéral 8C_14/2010 du 4 août 2010 consid. 3).

Dans ce contexte, l'état de santé de la personne assurée doit être évalué de manière prévisionnelle et non rétrospective (arrêts du Tribunal fédéral 8C_418/2023 du 29 mai 2024 consid. 3.2 ; 8C_142/2017 consid. 4 et les arrêts cités), c'est-à-dire à la lumière des circonstances qui prévalaient au moment de la clôture du cas (arrêts du Tribunal fédéral 8C_142/2017 du 7 septembre 2017 consid. 4 ; 8C_83/2017 du 11 décembre 2017 consid. 4.3 ; 8C_651/2016 du 15 décembre 2016 consid. 4.1 ; ATAS/716/2022 du 18 août 2022 consid. 7 ; ATAS/316/2022 du 5 avril 2022 consid. 7.3). Cela a pour conséquence que des rapports médicaux établis postérieurement à la clôture du cas ne sont pas pertinents (arrêts du Tribunal fédéral 8C_528/2022 du 17 novembre 2022 consid. 7.4 ; 8C_299/2022 du 5 septembre 2022 consid. 5 et les références). Les renseignements médicaux relatifs aux possibilités thérapeutiques et à l'évolution de l'état de santé, généralement saisis sous la notion de pronostic constituent en premier lieu la base de l'appréciation de cette question de droit (arrêt du Tribunal fédéral 8C_528/2022 du 17 novembre 2022 consid. 7.1 et les références citées).

2.4 En résumé, l'assureur-accidents ne peut clore le cas, à savoir mettre un terme à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières, que s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; 133 V 57 consid. 6.6.2 ; 128 V 169 consid. 1 ; 116 V 41 consid. 2c).

- 3. 3.1** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent 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). 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 ; 115 V 133 consid. 2).

3.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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).

3.3 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b).

3.3.1 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 seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d ; 123 V 175 consid. 3d ; 125 V 351 consid. 3b.ee ; 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_588/2015 du 17 décembre 2015 consid. 2).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 ; 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

3.3.2 Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant

que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

3.3.3 En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). À noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

- 4. 4.1** Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

4.2 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas

(ATF 117 V 283 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, est convaincu que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101 ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 de l'ancienne Constitution fédérale du 29 mai 1874 (aCst.) étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

5. 5.1 En l'espèce, il y a lieu de rappeler, préalablement, qu'à la suite d'une chute survenue le 25 mars 2022, le recourant a souffert des atteintes suivantes :

- pied gauche : fracture du calcanéum gauche de type Sanders IV associée à une fracture de la malléole externe de type Weber A ; ostéosynthèse le 6 avril 2022 ; ablation du matériel d'ostéosynthèse le 10 mai 2023.

Selon les médecins consultés par l'intimée, en janvier 2024, l'assuré présentait une arthrose sous-talienne modérée (rapport de la Dre D_____ du 25 janvier 2024 et appréciation de la Dre E_____ du 31 janvier 2024), laquelle était susceptible d'évoluer, à moyen terme, vers une arthrose sous-talienne sévère, pouvant nécessiter une arthrodèse sous-talienne *in situ* (appréciation de la Dre E_____ du 31 janvier 2024) ;

- pied droit : fracture du calcanéum droit de type Sanders III, laquelle a été traitée conservativement.

Les médecins consultés par l'intimée ont constaté que l'assuré présentait une arthrose sous-talienne débutante (rapport de la Dre D_____ du 25 janvier 2024) et que le risque d'une évolution vers une arthrose sévère paraissait faible (appréciation de la Dre E_____ du 31 janvier 2024).

Le 12 janvier 2024, les médecins des HUG, lesquels assuraient le suivi du recourant, ont toutefois évoqué la possibilité d'effectuer une arthrodèse

sous-talienne du côté droit, ce qui devait permettre d'espérer une diminution des douleurs d'environ 80%. Pour sa part, la Dre D_____, consultée par la CNA pour un deuxième avis, a exprimé des doutes quant à l'adéquation d'une telle arthrodèse, dès lors que le recourant présentait une hyperkératose (callosités) marquée des talons des deux côtés alors qu'il expliquait ne pas pouvoir poser le talon et avoir besoin des cannes pour marcher.

Si elles s'accordent à retenir que le recourant souffre d'une arthrose sous-talienne des deux pieds, les parties s'opposent toutefois sur les questions de la stabilisation de l'état de santé du recourant et les répercussions de cette atteinte sous-talienne sur sa capacité de travail. En effet, se fondant sur les conclusions de son médecin-conseil, la Dre E_____, datées du 31 janvier 2024, l'intimée retient pour sa part une stabilisation de l'état de santé à cette date et une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées. De son côté, le recourant conteste la stabilisation compte tenu de l'arthrodèse envisagée par les médecins des HUG et allègue être toujours en incapacité totale de travailler, ce quelle que soit l'activité retenue. Ce faisant, le recourant conteste, à tout le moins implicitement, la valeur probante de l'appréciation de la Dre E_____ du 31 janvier 2024.

Dès lors que dans son appréciation précitée, le médecin-conseil de l'intimée se prononce tant sur la stabilisation de l'état de santé du recourant que sur sa capacité de travail, il convient d'en examiner la valeur probante dans un premier temps avant de s'intéresser plus spécifiquement aux conclusions prises en lien avec ces deux problématiques.

5.2 À titre liminaire, il y a lieu de relever que le fait que la Dre E_____ soit le médecin-conseil de la CNA ne suffit pas, en l'absence de circonstances particulières, pour douter de l'objectivité de son appréciation ou encore pour soupçonner une prévention à l'égard du recourant. De même que le fait que son appréciation ait été établie sur dossier ne suffit pas non plus pour lui dénier, pour ce seul motif, toute valeur probante, dès lors que cette médecin-conseil a fondé ses conclusions sur plusieurs appréciations médicales qui, elles, ont été établies à la suite d'un examen personnel de l'assuré. Ainsi en est-il notamment du rapport de la CRR du 21 août 2023, des rapports de consultation des HUG des 16 mars 2023, 2 octobre 2023 et 12 janvier 2024 ou encore du rapport de la Dre D_____ du 21 janvier 2024, tous évoqués par la Dre E_____.

Il convient d'examiner la valeur probante de l'appréciation de la Dre E_____ conformément aux réquisits jurisprudentiels en la matière.

Or, force est de constater que sur le plan formel, cette appréciation répond auxdits réquisits jurisprudentiels. En effet, elle comporte le résumé du dossier, une anamnèse, les indications subjectives du recourant, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas. Les conclusions, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires et bien motivées.

Sur le fond, la Dre E_____ a repris les diagnostics retenus par les médecins de la CRR dans leur rapport du 21 août 2023, à savoir ceux de fracture du calcanéum gauche de type Sanders IV associée à une fracture de la malléole externe de type Weber A, fracture du calcanéum droit de type Sanders III, ostéosynthèse du calcanéum gauche le 6 avril 2022 et ablation du matériel d'ostéosynthèse le 10 mai 2023, antécédents d'ostéosynthèse du tibia droit en 2016, stéatose hépatique, coxalgies gauches et lombalgies gauches non déficitaires.

Elle a également expliqué qu'en été 2023, les médecins de la CRR avaient retenu les limitations fonctionnelles provisoires suivantes : pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de port de charges répété, pas de marche sans moyen auxiliaire, pas de marche prolongée ou de marche en terrain irrégulier, pas de réalisation répétée d'escaliers, pas de position accroupie ou à genoux, pas d'utilisation d'échelle et pas de position statique debout prolongée.

Le recourant avait bénéficié de plusieurs infiltrations sous-taliennes, lesquelles avaient eu un effet mitigé. Une indication chirurgicale à une arthrodèse sous-talienne du côté droit avait été envisagée par les médecins des HUG en raison du mauvais effet du traitement conservateur malgré le port de semelles orthopédiques. Approchée pour un second avis, la Dre D_____ avait conclu à un parfait alignement des arrières-pieds sans perte de hauteur des calcanéens avec une absence d'impingement tibio-talien antérieur ou latéral sous-malléolaire externe. Des callosités importantes avaient été constatées sous les talons, ce qui était incompatible avec l'impossibilité d'appuyer les talons comme démontré lors de la consultation. Cette discordance radio clinique avec les symptômes était une contre-indication selon la Dre D_____ à un geste chirurgical d'arthrodèse.

Prenant en considération ce qui précède, le médecin-conseil s'est prononcé sur deux points importants pour le recourant : la stabilisation de son état de santé et sa capacité de travail.

S'agissant du premier point, la Dre E_____ a rappelé que les médecins de la CRR avaient considéré qu'une stabilisation pouvait être attendue après quatre à cinq mois. Étant donné qu'il n'y avait eu, depuis l'été 2023, ni aggravation ni amélioration de l'état de santé du recourant, la Dre E_____ a considéré que la stabilisation était désormais acquise quand bien même une arthrodèse sous-talienne gauche pouvait être réévaluée à moyen terme en cas d'aggravation des symptômes. Cela étant, il ne fallait pas attendre d'une telle intervention une amélioration de la capacité de travail compte tenu du pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité défavorable en lien avec les facteurs médicaux retenus après l'accident mais également en lien avec des facteurs non médicaux.

En ce qui concerne la capacité de travail, la Dre E_____, toujours en se référant aux médecins de la CRR, a retenu les limitations fonctionnelles évoquées en été 2023, qu'elle a qualifiées de définitives, et dans cette mesure, elle a considéré que

la capacité de travail du recourant était nulle dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée.

5.2.1 Le recourant conteste tout d'abord la stabilisation de son état de santé compte tenu de l'arthrodèse évoquée par les médecins des HUG.

À titre liminaire, il y a lieu de rappeler que l'assureur-accidents peut clore un cas quand bien même l'assuré ressent encore une gêne ou des douleurs. La seule question qui se pose en effet dans ce contexte est celle de savoir si le traitement médical peut encore entraîner une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré, ce par quoi il faut en principe entendre une amélioration de la capacité de travail (ATAS/1004/2021 du 27 septembre 2021 consid. 15). Dans le cadre de l'examen de la stabilisation de l'état de santé et de la clôture du cas, la question n'est donc pas celle de savoir si le recourant est guéri. Il s'agit en réalité uniquement de déterminer s'il existe encore un traitement médical pouvant entraîner une amélioration de la capacité de travail du recourant (ATAS/590/2022 du 21 juin 2022 consid. 7).

Par ailleurs, la question de la stabilisation – ou en d'autres termes celle de l'amélioration sensible de l'état de santé par un traitement médical – doit être examinée de manière prospective et non sur la base de constatations rétrospectives et, dans ce contexte, les rapports médicaux établis postérieurement à la clôture du cas ne sont pas pertinents (cf. consid. 2.3 *supra*). Par conséquent, les conclusions de la Dre E_____ relatives à la stabilisation de l'état de santé du recourant s'examinent en prenant en considération les pièces disponibles en janvier 2024. Ainsi, la chambre de céans ne saurait se référer, pour ce faire, aux pièces médicales nouvelles produites par le recourant en annexe à ses écritures des 3 juillet 2024 et 24 juillet 2025, ou à l'appréciation de la Dre E_____ du 12 août 2025, laquelle tient compte de l'évolution de l'état de santé du recourant entre 2024 et 2025, sauf à procéder à un examen rétrospectif, ce qui est contraire à la jurisprudence fédérale.

Cela étant précisé, la chambre de céans relève que la possibilité d'une arthrodèse sous-talienne ne s'oppose pas à la stabilisation de l'état de santé du recourant. En effet, une telle intervention a pour but de réduire les douleurs comme l'a relevé le Dr G_____ dans son rapport du 12 janvier 2024. En d'autres termes, cette intervention allait entraîner un bénéfice pour le bien-être du recourant, le médecin précité n'ayant pas évoqué une amélioration de la capacité de travail de son patient dans son activité habituelle de peintre en bâtiment. Or, selon la jurisprudence, lorsque la personne assurée a une capacité de travail limitée dans son activité habituelle mais dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, le cas doit en règle générale être clos. La stabilisation est donc acquise pour ce motif déjà.

Dans un souci d'exhaustivité, la chambre de céans relèvera encore que les traitements médicamenteux et de physiothérapie ne sont pas considérés comme

faisant partie d'un traitement médical susceptible d'entraîner une sensible amélioration de l'état de santé au sens entendu par la jurisprudence dans le contexte de l'art. 19 LAA.

Enfin, c'est le lieu de constater qu'à aucun moment le recourant n'a spécifiquement conclu à la poursuite du versement des indemnités journalières alors qu'il a sollicité une rente d'invalidité, prestation envisageable uniquement après la stabilisation du cas. En réalité, ce n'est qu'à la suite de la réponse de la CNA, dans laquelle cette dernière a constaté qu'il ne remettait pas en cause la stabilisation de son état de santé, que le recourant a finalement évoqué cet aspect.

Pour tous ces motifs, il y a lieu de retenir que l'état de santé du recourant était stabilisé au 31 janvier 2024, aucun élément au dossier ne permettant de considérer qu'un traitement pourrait entraîner une amélioration de la capacité de travail dans son activité habituelle. En effet, l'arthrodèse évoquée n'est susceptible d'entraîner qu'une amélioration des douleurs mais non de la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle. À noter encore que dans sa duplique du 17 janvier 2025, l'intimée a expliqué que si le recourant venait à se faire opérer, le droit aux prestations pourrait le cas échéant être réexaminé dans le cadre d'une rechute.

5.2.2 Ensuite, se référant au rapport de la Dre D_____ du 25 janvier 2024 et à l'appréciation d'une page et demie de la Dre E_____ du 31 janvier 2024, le recourant explique ne pas comprendre les motifs pour lesquels le médecin-conseil a retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

Préalablement, la chambre de céans relève que l'appréciation de la Dre E_____ d'une page et demie à laquelle le recourant fait référence est très vraisemblablement celle portant sur la question de l'atteinte à l'intégrité. En effet, c'est la seule appréciation de ce médecin qui comporte une page et demie (l'autre comportant sept pages) et qui a été produite par le recourant dans son chargé de pièces à l'appui de son recours.

Cela étant relevé, force est de constater que tant le rapport de la Dre D_____ du 25 janvier 2024 que l'appréciation de la Dre E_____ du 31 janvier 2024 d'une page et demie ne portent pas sur la capacité de travail du recourant. Il est donc logique que le recourant ne comprenne pas, sur la base de ces rapports, les raisons pour lesquelles une capacité de travail entière dans une activité adaptée a été retenue, ces deux pièces portant essentiellement sur l'indication à une arthrodèse.

En réalité, c'est dans sa seconde appréciation, également établie le 31 janvier 2024 et comportant sept pages, que la Dre E_____ se prononce sur la capacité de travail du recourant. Or, il en ressort qu'en raison de son atteinte aux pieds, le recourant ne peut plus exercer son activité habituelle de peintre en bâtiment. En revanche, le médecin-conseil estime qu'on peut attendre du recourant qu'il reprenne une activité professionnelle adaptée, soit une activité respectant un certain nombre de limitations fonctionnelles, à savoir pas de port de charges supérieures à 5 kg, pas de port de charges répété, pas de marche sans moyen

auxiliaire, pas de marche prolongée, pas de marche en terrain irrégulier, pas de réalisation répétée d'escaliers, pas de position accroupie à genoux, pas d'utilisation d'échelle et pas de position statique debout prolongée. La Dre E_____, reprenant en cela les conclusions des médecins de la CRR, a retenu ces limitations dans le but d'épargner les pieds du recourant. En effet, il ressort des autres pièces du dossier que ce sont surtout la charge et la marche qui déclenchent les douleurs aux pieds (cf. rapport des HUG [consultation de suivi] du 16 mars 2023 : « Le patient décrit toujours des douleurs sous le talon ddc lors de marches de plus de 2 heures » ; rapport de la CRR du 21 août 2023 : « à l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont des douleurs des deux pieds, principalement au niveau des talons, d'une intensité de 5 à 6/10 en moyenne [...] les douleurs peuvent monter jusqu'à 10/10 s'il sollicite trop ses pieds » ; rapport du Dr G_____ du 31 août 2023 : « ce jour, le patient rapporte des douleurs jusqu'à 7/10 en regard de l'articulation sous talienne et prédominant à la marche du côté droit » ; complément de la Dre E_____ du 21 février 2024 : « ce sont les mouvements d'inversion/éversion qui peuvent expliquer les douleurs [ceux sollicités lors de la marche sur terrains irréguliers et les longues marches de plus de 40 minutes] » ou encore rapport du Dr F_____ du 23 juillet 2025 : « les douleurs sont présentes dès qu'il se mobilise et parfois nocturnes selon les efforts journaliers »).

Dans le but de contester ce qui précède, le recourant a produit un rapport établi le 23 juillet 2025 par le Dr F_____, lequel a repris le suivi. Force est toutefois de constater que ce document ne permet pas de s'écarter de ce qui précède. En effet, ce médecin ne se prononce ni sur les limitations fonctionnelles ni sur la capacité de travail retenues par la Dre E_____. En réalité, le Dr F_____ se prononce uniquement sur l'arthrodèse précédemment évoquée, dont l'indication sera « possiblement maintenue » en fonction du résultat des examens complémentaires à effectuer.

En tous les cas, que l'indication à une arthrodèse soit posée ou non, les pièces figurant au dossier montrent que le recourant n'est pas empêché d'exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles évoquées précédemment, lesquelles épargnent justement les talons du recourant, en privilégiant une activité essentiellement sédentaire, sans longs déplacements et sans port de charges.

Dans ces circonstances, la chambre de céans ne peut que constater que le recourant n'a pas fourni d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction. En effet, il n'a produit aucun rapport de son médecin ou d'un autre professionnel de la santé, dans lequel les constatations et conclusions des médecins de la CRR et de la CNA seraient contestées du point de vue médical. Aussi, la chambre de céans retiendra que c'est à juste titre que l'intimée a considéré que la capacité de travail du recourant était nulle dans l'activité habituelle de peintre en bâtiment mais entière, avec un plein

rendement, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles susmentionnées.

Dans cette mesure, la chambre de céans renoncera, par appréciation anticipée des preuves, à effectuer d'autres actes d'instruction, notamment à ordonner une expertise.

À toutes fins utiles, c'est le lieu de rappeler que personne ne remet en question les atteintes dont souffre le recourant. La seule question qui se pose est celle de savoir si on peut objectivement exiger de lui qu'il reprenne une activité professionnelle, adaptée à son état de santé. Or, les médecins consultés par l'intimée ont répondu par l'affirmative après avoir examiné la situation médicale du recourant en faisant abstraction des facteurs psychosociaux ou socioculturels au nombre desquels figurent notamment la mauvaise maîtrise du français, l'absence de formation ou de permis de séjour, qui justement constituent des éléments qui ont été évoqués par les médecins de la CRR comme contre-indiquant un retour à la vie professionnelle.

6. Reste à vérifier le calcul du degré d'invalidité, le recourant s'interrogeant sur la différence entre le degré d'invalidité retenu par l'intimée de 3% et celui calculé par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), de 13%.

6.1 Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

6.2 La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 126 V 288 consid. 2). Depuis le 1^{er} janvier 2003, la définition de l'invalidité est uniformément codifiée à l'art. 8 al. 1 LPGA selon lequel est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de

l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (ATF 133 V 549 consid. 6 ; 131 V 362 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3). Récemment, il a admis la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité en jugeant que celle-ci n'était pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents au sens de l'ATF 126 V 288, avec comme conséquence que l'office AI n'avait pas qualité pour faire opposition à la décision ni pour recourir contre la décision sur opposition de l'assureur-accidents concernant le droit à la rente en tant que tel ou le taux d'invalidité (ATF 133 V 549). À cet égard, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser qu'une appréciation divergente ne devrait intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. Pourraient constituer de tels motifs le fait que l'évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable, qu'elle n'emporte nullement la conviction, qu'elle soit entachée de partialité ou de subjectivité, ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 50/04 du 30 novembre 2004).

6.3 Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et 16 LPGA). En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; 130 V 343 consid. 3.4).

6.4 Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence).

6.4.1 La preuve de l'existence de circonstances qui justifieraient de s'écarter, en sa faveur ou en sa défaveur, du revenu effectivement réalisé par l'assuré est soumise à des exigences sévères, qu'il s'agisse de l'évaluation du revenu avec ou sans invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I 290/04 du 28 décembre 2004 et les

références). Il a toutefois été jugé qu'en l'absence d'informations fiables sur le dernier salaire effectivement perçu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_643/2016 du 25 avril 2016 consid. 4.4 et les arrêts cités) ou d'autres circonstances telles que l'absence d'activité lucrative au moment de l'accident ou encore une perte d'emploi qui serait survenue de toute manière, même sans l'accident, dans les mois précédant le début du droit à la rente, il était exceptionnellement possible de déterminer le revenu sans invalidité au moyen de l'ESS (arrêt du Tribunal fédéral 8C_728/2016 du 21 décembre 2016 consid. 3.1), de recommandations salariales non contraignantes émises par des associations professionnelles (arrêts du Tribunal fédéral U 391/06 du 8 février 2007 consid. 4.2 et U 158/06 du 4 août 2006 consid. 2.3) ou encore d'une convention collective de travail (ci-après : CCT ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_462/2014 du 18 novembre 2014 consid. 5.1 ; 8C_90/2010 du 12 mai 2010 consid. 6.2.1.2).

6.4.2 Lorsqu'un assuré réalise un revenu nettement inférieur à la moyenne en raison de facteurs étrangers à l'invalidité (par exemple : formation scolaire insuffisante, absence de formation professionnelle, manque de connaissances linguistiques, possibilités limitées de trouver un emploi en raison du statut de saisonnier) et qu'il n'existe pas d'élément permettant d'affirmer qu'il souhaite librement s'en contenter, il convient d'abord d'effectuer une mise en parallèle des deux revenus à comparer, soit en révisant à la hausse le revenu sans atteinte à la santé – par l'augmentation de celui-ci ou par le recours à des données statistiques – soit en revoyant à la baisse le revenu d'invalidé par une diminution correspondante des données statistiques (ATF 134 V 322 consid. 4.1). Le Tribunal fédéral précise que ce n'est que par la mise en parallèle des revenus qu'il est possible de garantir que des écarts salariaux imputables à des circonstances étrangères à l'invalidité soient pris en considération. Cette méthode implique de prendre en compte ou non lesdites circonstances, pourvu que cela touche de manière égale les revenus avec et sans invalidité (ATF 129 V 222 consid. 4.4). Dans les arrêts consécutifs consacrés à cette thématique, le Tribunal fédéral a mis l'accent sur la variante consistant à réviser à la hausse le revenu sans invalidité au moyen de statistiques. Il a toutefois précisé que le revenu (sans invalidité) effectivement réalisé par l'assuré devait être nettement inférieur à la moyenne, c'est-à-dire inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel résultant de l'ESS pour la branche concernée (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_557/2012 du 25 juin 2013 consid. 4.2).

Dans un arrêt 8C_141/2016 du 17 mai 2016, le Tribunal fédéral a cependant considéré que lorsque le revenu sans invalidité d'un ouvrier non qualifié dans la construction correspondait au salaire minimum prévu par la Convention nationale du secteur principal de la construction en Suisse (ci-après : CN) ou bien même le dépassait et qu'il existait en outre une différence importante entre le salaire statistique issu de l'ESS et le revenu sans invalidité de l'assuré, ce revenu sans invalidité ne pouvait être considéré comme inférieur au salaire moyen tel que

l'entendait la jurisprudence en matière de mise en parallèle des revenus à comparer. Dans ce cas en effet, le salaire minimum d'embauche selon la CN représentait de manière plus précise le salaire usuel dans la branche de la construction que le salaire selon l'ESS correspondante, de sorte qu'il y avait lieu de renoncer à majorer le revenu sans invalidité à concurrence de la part excédant le taux déterminant de 5% du salaire statistique et s'en tenir au revenu sans invalidité effectivement perçu, lequel était supérieur au salaire minimum selon la CN. La jurisprudence inaugurée par l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_141/2016 précité est applicable *mutatis mutandis* aux autres branches d'activités pour lesquelles une convention nationale ou une CCT a été conclue (arrêt du Tribunal fédéral 8C_537/2016 du 11 avril 2017 consid. 6.2). Cette situation doit être distinguée de celle dans laquelle le revenu sans invalidité est déterminé non pas sur la base du dernier salaire perçu mais d'une CCT dont les *minima* salariaux sont proches du salaire statistique tel qu'il ressort de l'ESS correspondante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_141/2016 précité consid. 5 au sujet de l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_90/2010 du 23 juillet 2010 dans lequel la Haute Cour a considéré qu'il était possible de déterminer le revenu sans invalidité sur la base d'une CCT dont les *minima* salariaux étaient en définitive légèrement supérieurs aux revenus statistiques résultant de l'ESS pour la même branche).

6.5 Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). 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'invalidé peut alors être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 139 V 592 consid. 2.3 ; 126 V 75 consid. 3b/aa et bb ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_140/2017 du 18 août 2017 consid. 5.4.1).

6.5.1 Depuis la 10^e édition des statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (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. Les critères de base utilisés pour définir le système des différents groupes de profession sont les niveaux et la spécialisation des compétences requis pour effectuer les tâches inhérentes à la profession (arrêt du Tribunal fédéral 9C_901/2017 du 28 mai 2018 consid. 3.3). 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, les cadres de direction et les gérants, 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). L'accent est donc mis sur le type de tâches que l'assuré est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) mais pas sur les qualifications en elles-mêmes (arrêt du Tribunal fédéral 9C_901/2017 du 28 mai 2018 consid. 3.3).

Lorsque les ESS sont appliquées, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). Lorsque cela apparaît 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. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545 et les références citées). C'est le lieu de préciser que les tables TA1, T1 et TA7 des ESS publiées jusqu'en 2010 correspondent respectivement aux tables TA1_tirage_skill_level, T1_tirage_skill_level et T17 des ESS publiées depuis 2012 (voir lettre circulaire AI n° 328 du 22 octobre 2014 et David IONTA, Fixation du revenu d'invalidé selon l'ESS, ch. 68, *in* Jusletter du 22 octobre 2018).

6.5.2 Il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service,

nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; 123 V 150 consid. 2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

6.6 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 ; 128 V 174).

Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x.49 %, il faut arrondir à x% et pour des valeurs à partir de x.50 %, il faut arrondir à (x+1)% (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

- 7. 7.1.** En l'espèce, le recourant travaillait pour le compte de la société C_____ lorsqu'il a été victime de l'accident assuré. Selon les informations données par l'employeuse, le salaire annuel du recourant en 2022 était de CHF 57'200.- (CHF 27.50 x 40 x 52), auquel s'ajoutait un 13^e salaire, soit CHF 4'765.-, ce qui aurait porté, sans l'accident, le salaire annuel, 13^e salaire compris, à CHF 61'965.- en 2022.

Pour sa part, l'intimée a combiné les données salariales transmises par l'employeuse avec celles ressortant de la CCT du second œuvre romand (ci-après : CCT-SOR), en retenant que le salaire annuel aurait été de CHF 63'758.75 (CHF 27.60 x 177.7 heures x 13 mois).

7.2 Le registre du commerce révèle que l'employeuse a été radiée du registre du commerce le 21 février 2024, de sorte qu'il y a lieu de considérer qu'au moment déterminant pour l'évaluation de l'invalidité (1^{er} avril 2024), le recourant n'aurait

plus exercé d'activité pour cette employeuse même sans l'accident assuré. Il a par ailleurs essentiellement, voire uniquement, travaillé dans le domaine de la construction et de la rénovation (cf. comptes individuels et ATAS/959/2025 du 8 décembre 2025 consid. A en fait).

En l'absence d'expérience professionnelle dans d'autres branches économiques, le choix de l'intimée de fixer le revenu sans invalidité du recourant au moyen de la CCT-SOR, applicable notamment à la branche d'activité « plâtrerie et peinture » ne prête pas le flanc à la critique, ce d'autant moins que le salaire versé par l'employeuse en 2022 (CHF 27.50 par heure ; cf. pièce 1 intimée) était légèrement supérieur au montant prévu à l'annexe II de la CCT-SOR pour le canton de Genève, entre 2020 et 2023 (CHF 26.70 pour un « Travailleur Classe B »). C'est encore le lieu de préciser que les *minima* salariaux de la CCT-SOR ont connu une réévaluation au 1^{er} janvier 2024, passant à CHF 27.60 par heure (soit CHF 4'905.- par mois x 13) pour un travailleur de classe B, laquelle correspond, selon l'art. 18 CCT-SOR, soit à un travailleur sans certificat fédéral de capacité occupé à des travaux professionnels, soit à un travailleur titulaire d'une attestation fédérale de formation professionnelle de la branche d'activité (AFP ; al. 1).

Selon l'art. 12 CCT-SOR, dans sa teneur en vigueur en 2024, la durée hebdomadaire de travail est de 41 heures mais l'entreprise a la faculté de fixer cette durée à 39 heures au minimum et 45 heures au maximum (ch. 1 let. a), étant précisé qu'une durée hebdomadaire de 41 heures correspond à 177.7 heures par mois (41 heures/semaine x 52 semaines / 12 mois = 177.66 heures par mois). À Genève, le salaire minimum d'un ouvrier de classe B est de CHF 27.60 par heure en 2024 (voir annexe II). En application des dispositions précitées, le revenu sans invalidité correspond à celui retenu par l'intimée, à savoir CHF 63'758.75 (CHF 27.60 x 177.7 heures x 13 mois).

Par ailleurs, en l'absence de catégorie professionnelle paraissant suffisamment proche de l'activité de peintre en bâtiment dans l'ESS, la question de savoir si la grille salariale de la CCT-SOR est suffisamment proche du revenu statistique des ESS correspondant peut rester ouverte. En effet, même si l'on devait déterminer le revenu sans invalidité conformément aux ESS (comme l'a fait l'OAI, qui n'a pas appliqué la CCT-SOR mais a procédé selon les ESS et a ainsi retenu un salaire sans invalidité de CHF 70'078.- ; cf. ATAS/959/2025 précité consid. B.1 en fait) et qu'on aboutissait, ce faisant, à un gain plus élevé, on se heurterait au principe selon lequel le revenu minimal prévu par une CCT est censé refléter plus précisément le revenu usuel d'une branche que le revenu correspondant résultant de l'ESS (arrêt du Tribunal fédéral 8C_141/2016 du 17 mai 2016 consid. 5.2.2.3 au sujet du secteur de la construction ; voir également ATAS/426/2018 du 22 mai 2018 consid. 6a).

En tout état, la comparaison des revenus faite par l'OAI l'a été postérieurement à celle de l'intimée, de sorte que, quoi qu'il en soit, on ne saurait reprocher à cette dernière de ne pas avoir calqué ses calculs sur ceux de l'OAI, ce d'autant moins

qu'en matière d'assurance-accidents, le revenu sans invalidité est souvent déterminé sur la base des CCT, qui comportent des grilles salariales reconnues comme adéquates dans le cadre de la comparaison des revenus au même titre que les données ressortant des ESS, alors que l'OAI applique la plupart du temps les ESS.

7.3 Pour le surplus, le recourant n'a contesté ni le revenu avec invalidité ni l'abattement de 10% appliqué par l'intimée, de sorte qu'il y a lieu de s'y référer, ce d'autant plus qu'ils correspondent à la jurisprudence en la matière.

La comparaison des revenus étant ainsi conforme à la jurisprudence, il y a lieu de la confirmer.

- 8.** Eu égard à ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté et la décision sur opposition confirmée.
- 9.** Le recourant, qui succombe, ne peut prétendre une indemnité à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*). Par ailleurs, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont en principe pas droit à une indemnité de dépens (ATF 126 V 149 consid. 4).

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

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie KOMAISKI

Justine BALZLI

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