RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2860/2021 **ATAS/832/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 septembre 2022

15ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié au GRAND-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Sarah BRAUNSCHMIDT SCHEIDEGGER	recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, Division juridique, Fluhmattstrasse 1, LUCERNE	intimée

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré) est né le _____ 1981 en Guinée où il a suivi sa scolarité obligatoire et ensuite exercé la profession de chauffeur durant trois ans. Arrivé en Suisse en 2001, l'assuré a occupé divers emplois temporaires dans des restaurants et des établissements médico-sociaux (ci-après : EMS). Dès le 23 juillet 2017, il a été employé par une agence de placement à un taux de 88%. Il était à ce titre assuré auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA) contre les accidents professionnels et non professionnels. Son revenu était de CHF 20.60 de l'heure.

b. Le 20 juin 2019, l'assuré a été heurté par une voiture. Il a perdu connaissance sur les lieux de l'accident et a été emmené en ambulance aux hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) où il a été hospitalisé durant 26 jours. Les médecins des HUG ont posé le diagnostic d'une fracture Schatzker V du plateau tibial droit, associée à une fracture de la tête de la fibula, et d'une plaie profonde prétibiale droite au niveau de la diaphyse moyenne.

c. Les 21 juin 2019 et 8 juillet 2019, l'assuré a subi des interventions chirurgicales visant à la mise en place d'un fixateur externe fémoro-tibial. Il a par la suite bénéficié d'un traitement conservateur.

d. L'assuré a bénéficié d'indemnités journalières de la SUVA.

e. L'employeur de l'assuré l'a licencié avec effet au 25 mars 2020.

B. **a.** Le dossier de la SUVA contient les éléments médicaux suivants.

b. Le 14 mai 2020, le docteur B_____, chef de clinique aux HUG, a noté une flexion/extension limitée et un problème de stabilité. Il a requis un examen par le médecin d'arrondissement de la SUVA.

c. Le 9 juin 2020, l'assuré a été examiné par le Dr C_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement de la SUVA. Ce dernier a proposé un séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR).

d. L'assuré a séjourné dans ladite clinique du 28 juillet au 25 août 2020. À teneur de l'avis de sortie du 25 août 2020, le docteur D_____ a attesté d'une incapacité de travail complète dans la profession habituelle probablement pour une longue durée. L'assuré avait des difficultés pour plier la jambe droite, les déplacements dans les escaliers étaient de ce fait difficiles et « non sécuritaires » ; les flexions au sol n'étaient pas réalisées. Les performances démontrées par l'assuré étaient exploitables sur des durées limitées dans des activités peu contraignantes en position debout. La situation médicale de l'assuré n'était pas stabilisée et il était difficile de se prononcer sur l'aspect professionnel. La mobilisation du genou droit était limitée à la flexion et à la contrainte de charges et d'efforts. L'assuré semblait très affecté par son souci de santé, ses problèmes financiers, personnels et concernant le renouvellement de son permis de séjour. Il était illettré. L'assuré

devait reprendre contact avec son chirurgien à la suite du séjour à la CRR. Une fois son état stabilisé, l'assuré allait avoir besoin d'un soutien quant à sa réorientation professionnelle, les projets vers lesquels il voulait s'orienter n'étant pas directement réalisables faute pour l'assuré d'être titulaire d'un permis de conduire.

e. Le service de réadaptation en neurologie de la CRR a reçu l'assuré pour un examen neuropsychologique en août 2020. L'assuré avait alors indiqué avoir fait des cauchemars plusieurs mois après son accident et avoir un sentiment de peur des voitures. Il ne relevait pas de difficultés de mémoire, de concentration ou de langage. Le moral était décrit comme très bas en raison de la séparation avec la mère de sa fille, expulsée de Suisse, de ses difficultés financières et des incertitudes concernant son avenir professionnel. Le service de réadaptation de l'appareil locomoteur retenait pour sa part que la situation était pratiquement stabilisée du point de vue médical. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable, mais dans une activité adaptée et en respectant les limitations fonctionnelles, la réinsertion était en principe favorable (rapport du 14 septembre 2020).

f. Le Dr B_____ a décrit une évolution lentement favorable dans un rapport du 23 septembre 2020. La capacité de travail était nulle dans l'activité antérieure, mais entière dans une activité adaptée aux limitations de l'assuré, avec une aptitude à la réadaptation dès le 16 septembre 2020.

g. Le 24 septembre 2020, la doctoresse E_____, médecin traitante de l'assuré, spécialisée en médecine interne, a constaté que l'assuré souffrait de douleurs chroniques et d'une limitation fonctionnelle du genou droit. Elle préconisait un traitement de physiothérapie au long cours. Sur le plan psychologique, elle constatait que l'assuré souffrait de diverses pathologies et elle préconisait un suivi psychothérapeutique. En outre, une investigation complémentaire à la consultation spécialisée de médecine tropicale des HUG était nécessaire.

h. Le 12 novembre 2020, le docteur F_____, chirurgien orthopédique aux HUG, a attesté que l'assuré était dans l'incapacité totale de reprendre son travail d'aide-cuisinier ou tout autre travail nécessitant une station verticale et le port de charges, pour une durée indéterminée.

i. Le Dr C_____ a retenu, dans un rapport final du 23 novembre 2020, comme diagnostic principal en lien avec l'accident, un traumatisme du genou, une fracture du plateau tibial de type Schatzker 4 et une fracture plurifragmentaire métaphyso-épiphysaire de la fibula proximale déplacée et fracture arrachement du pôle inférieur de la patella droite. Ce médecin a posé comme diagnostic secondaire un traumatisme crânien probablement léger avec perte de connaissance de quinze à vingt minutes (amnésie post-traumatique inférieure à une heure), une fracture peu déplacée de la paroi médiale de l'orbite droite, lame papyracée et lame perpendiculaire de l'ethmoïde avec comblement partiel de quelques cellules

ethmoïdales droites sur le scanner cérébral du 20 juin 2019. L'incapacité de travail dans la profession d'aide-cuisinier était de 100% dès le 28 juillet 2019, et probablement pour une longue durée, mais la capacité était entière dans une activité adaptée depuis le mois de novembre 2020. Dans un document séparé, il a fixé à 40% 1'atteinte à l'intégrité présentée par l'assuré.

j. Monsieur G_____, psychothérapeute, a indiqué avoir vu l'assuré à trois reprises entre le mois de décembre 2019 et le mois d'avril 2020. Ce dernier présentait des ruminations, une altération du sommeil, des flashs en lien avec l'accident et il était en isolement social. Le psychothérapeute avait proposé une prise en charge sur le long terme, mais l'assuré n'était pas en mesure de prendre en charge financièrement les séances.

C. **a.** Le 26 novembre 2020, la SUVA a mis un terme au paiement des indemnités journalières et des frais médicaux avec effet au 31 décembre 2020, à l'exception des frais de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse dès que ce geste chirurgical serait prévu, deux à trois consultations médicales de contrôle par année, quatre séries de neuf séances de physiothérapie par année pendant encore deux ans, mais au plus tard jusqu'au 31 décembre 2022, ainsi que le coût des éventuels médicaments antalgiques à doses modérées.

b. Par décision du 1er février 2021, la SUVA a refusé d'octroyer une rente d'invalidité à l'assuré, au motif qu'il ne présentait pas de perte de capacité de gain. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 59'280.- fondée sur le taux de 40% lui était en revanche allouée.

c. Par courriers des 5 mars et 18 mai 2021, l'assuré, représenté par son conseil, a formé opposition contre cette décision, concluant à son annulation et à la poursuite des prestations d'assurance, subsidiairement à l'octroi d'une rente d'invalidité d'au moins 50%. Il contestait la stabilisation de son état de santé et le refus d'octroi d'une rente d'invalidité.

d. Le 23 mars 2021, l'assuré a subi une intervention chirurgicale consistant en l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du plateau tibial droit. Le cas a été pris en charge par la SUVA à titre de rechute.

e. Le 22 juin 2021, le Dr C_____ a rédigé une appréciation médicale complémentaire selon laquelle l'état de l'assuré était stabilisé, conformément à ce qui avait déjà été retenu dans le rapport du 23 novembre 2020. Il était prévisible qu'une amélioration de la situation ne puisse pas être obtenue grâce à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Admettant cependant que l'intervention avait permis à l'assuré d'avoir moins de douleurs, le médecin a considéré qu'il se justifiait que la SUVA prenne en charge le cas à titre de rechute.

f. Par décision sur opposition du 29 juin 2021, la SUVA a confirmé sa décision du 1er février 2021 et a écarté l'opposition de l'assuré. Le cas était stabilisé dès novembre 2020 et la comparaison des revenus (avec invalidité de CHF 69'265.47 et sans invalidité de CHF 47'697.10 [salaire communiqué par l'ancien employeur

et plus haut que le salaire prévu par la convention collective de travail de la branche, soit CHF 45'110.-]) ne laissait pas apparaître de perte de gain.

D. **a.** Par acte du 1er septembre 2021, complété le 30 novembre 2021, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : chambre de céans) d'un recours contre cette décision, concluant sous suite de dépens à son annulation en ce qui concerne le refus de lui allouer une rente d'invalidité et à l'octroi d'une rente d'invalidité complète ou d'au moins 50%. Dans le complément au recours, l'assuré a allégué que son état de santé n'était pas stabilisé, de sorte qu'il était prématuré de la part de la SUVA de se prononcer sur son droit à une rente d'invalidité. La SUVA devait être condamnée à reprendre le versement des indemnités journalières dès le mois de janvier 2021. Il a produit un chargé de pièces contenant notamment une attestation d'un psychiatre consulté en avril 2021, le docteur H_____.

b. La SUVA a conclu, le 4 janvier 2022, au rejet du recours. S'agissant des troubles psychiques allégués au stade du recours par l'assuré, la SUVA constatait qu'il était patent que ceux-ci ne se trouvaient pas en lien de causalité adéquate avec l'accident du 20 juin 2019 au regard des critères définis par la jurisprudence. L'ordonnance pénale du 16 décembre 2019 retenait qu'un conducteur avait heurté par négligence l'assuré, lequel traversait à pied un carrefour sans observer la signalisation pour piétons, et projeté ce dernier contre un poteau, lui causant de la sorte des lésions au tibia et au genou droit et des dermabrasions au visage et à l'œil droit. L'accident devait ainsi être qualifié d'accident de gravité moyenne stricto sensu, ce qui impliquait qu'au moins trois critères objectifs définis par la jurisprudence devaient être réalisés pour que soit retenu le caractère adéquat du lien de causalité (arrêts du Tribunal fédéral 8C_236/2016 du 11 août 2016 et 8C_816/2012 du 4 septembre 2013). Or, les circonstances de l'événement n'étaient pas particulièrement impressionnantes ou dramatiques, tout accident de gravité moyenne impliquant déjà en soi un certain caractère impressionnant, ce qui ne permettait cependant pas encore d'admettre comme rempli le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_475/2018 du 5 septembre 2019 consid. 5.3.1.1). Dans le cas particulier, il n'y avait pas eu mise en danger concrète de la vie de l'assuré, ce dernier ne présentait, à son arrivée à l'hôpital, ni perte de connaissance, ni amnésie circonstancielle, ni dyspnée. Aucun organe vital n'avait été touché. Les lésions physiques ne constituaient pas des lésions de gravité propres à entraîner des répercussions sur l'état de santé psychique de l'assuré (cf. ATF 140 V 356 consid. 5.5.1). Il n'apparaissait pas d'erreur dans le traitement médical ni d'administration prolongée d'un traitement médical. Le critère des douleurs physiques persistants ne pouvait pas non plus être retenu, dans le cas d'espèce, l'assuré ne faisant pas état de douleurs qui nécessitaient une prise en charge particulière, notamment dans un centre de la douleur. Par ailleurs, selon les médecins de la CRR, le

recourant était capable de transporter des charges de plus de 10 kg et ne présentait pas de trouble neurologique. On ne dénotait pas de difficultés apparues au cours de la guérison ni de complications importantes. En l'occurrence, ce critère ne pouvait être admis, au motif que l'assuré avait subi de nombreuses opérations. Quant au critère de l'existence de motifs particuliers ayant entravé la guérison, il fallait constater que le recourant avait subi deux opérations les 21 juin et 8 juillet 2019. La première consistait en la mise en place d'un fixateur externe fémoro-tibial et la deuxième en une open reduction internal fixation (ORIF) du tibia. Il s'en était suivi des séances de physiothérapie intensives et enfin une ablation du matériel ostéosynthèse le 26 mars 2021. La situation était considérée comme stabilisée par le médecin d'arrondissement, dès novembre 2020, et la capacité de travail comme entière dans une activité adaptée. Enfin, le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques - les lésions psychiques n'entrant pas en ligne de compte - n'était pas réalisé non plus. Selon le rapport du Dr C_____ du 23 novembre 2020, sur le plan assécurologique, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité qui respectait les limitations fonctionnelles décrites lors du séjour à la CRR, soit moins de deux ans après l'accident. Dès lors qu'aucun critère défini par la jurisprudence n'était rempli, l'existence du lien de causalité adéquate entre l'accident du 20 juin 2019 et les troubles psychiques du recourant devait être nié. Par un second moyen, le recourant soutenait que son état n'était pas stabilisé s'agissant de ses troubles somatiques. Il se référait au rapport du 6 mai 2021 du Dr F_____, lequel indiquait qu'en cas de persistance du déficit articulaire, une réévaluation à une arthrolyse sous arthroscopie sera faite et ajoutait que la poursuite d'un traitement physiothérapeutique soutenu pouvait améliorer la mobilité de son genou, et donc réduire les limitations fonctionnelles. Dans un rapport postérieur à celui invoqué par le recourant (du 20 juillet 2021), le Dr F_____ avait cependant exclu toute nouvelle intervention chirurgicale chez l'assuré et simplement prescrit de la physiothérapie dans le but de renforcer la musculature. En outre, selon les pièces au dossier, le seul traitement suivi par l'assuré consistait en des séances de physiothérapie. Or, selon le Dr C_____, un tel traitement n'était pas susceptible d'améliorer notablement l'état du genou droit du recourant au sens de l'art. 19 LAA. La SUVA continuait à prendre en charge des soins permettant de maintenir l'état de l'assuré. Quant au salaire retenu, la SUVA rappelait que lorsqu'une personne ne disposait pas de formation professionnelle, il convenait de se référer sur les salaires bruts standardisés dans l'économie privée tous secteurs confondus, ce qu'elle avait fait. Si l'assuré réalisait un revenu nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité (par exemple formation scolaire insuffisante, qualifications professionnelles insuffisantes, manque de connaissances linguistiques), respectivement aurait perçu sans l'accident un revenu sensiblement au-dessous de la moyenne des revenus de valide (revenu de valide d'au moins 5% au-dessous du salaire habituel de la branche), et pour autant qu'il n'y ait pas de circonstances permettant de supposer

que l'intéressé se serait contenté d'un salaire plus modeste que celui qu'il aurait pu obtenir, il convenait d'effectuer un parallélisme des deux revenus à comparer. En pratique, celui-ci pouvait être effectué soit au regard du revenu sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé soit au regard du revenu d'invalide en le réduisant de manière appropriée. Ce parallélisme devait porter seulement sur la part qui excédait le taux minimal déterminant de 5% (ATF 135 V 297; arrêt du Tribunal fédéral 8C_683/2009 du 26 février 2010). La SUVA ayant mis fin aux prestations avec effet au 31 décembre 2020, le droit à la rente d'invalidité aurait théoriquement pris naissance le 1er janvier 2021. Or, le calcul avait été opéré sur les chiffres de 2020. Il convenait donc de tenir compte des chiffres actualisés en 2021 pour le calcul de la rente d'invalidité. La SUVA s'était fondée sur les renseignements reçus de l'ancien employeur de l'assuré et avait retenu le salaire de CHF 47'697.10 (CHF 20.16 x 42 heures x 52 semaines + 8.33% de 13ème salaire). Or, suite à l'introduction d'un salaire minimum dans le canton de Genève, l'assuré aurait vraisemblablement perçu dès le 1er janvier 2021, un revenu de CHF 54'747.55 (CHF 23.14 x 42 heures x 52 semaines + 8.33% de 13ème salaire). Ce salaire étant supérieur à celui perçu dans la branche d'activité hébergement et restauration (55-56) selon les ESS 2018, activité pour laquelle un revenu de CHF 52'486.26.- était dû chez un homme (CHF 4'121.- x 12 / 40 x 41.7 + 0.9% pour 2019 + 0.8% pour 2020 + 0.1% pour 2021), il n'y avait pas matière à procéder à un parallélisme des revenus. Le revenu d'invalide avait été fixé sur le revenu auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé pour un niveau de qualification 1 selon l'ESS. Seules les limitations fonctionnelles du recourant pouvaient ainsi, éventuellement, justifier un abattement. Or, selon l'appréciation du Dr C_____, le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité respectant les limitations posées lors de son séjour à la CRR, à savoir le port de charges en général au-delà de 10-15 kg, possible rarement entre 17.5 et 20 kg ; la marche prolongée, marche en terrain irrégulier, et toutes les activités contraignantes pour les genoux, positions accroupies, réalisation répétée d'escaliers, échelles. Il n'avait pas lieu comme le prétendait l'assuré de prendre en compte le salaire minimum dans le canton ni de retenir un abattement sur le salaire statistique. La SUVA considérait que les limitations fonctionnelles retenues ne restreignaient pas de manière significative les activités moyennes et légères, en tout cas pas dans une mesure qui justifiait d'abattement. En 2020, le revenu d'invalide, pour un niveau de compétence 1, s'élevait à CHF 68'923,58.-, arrondi à CHF 68'924.-. En 2021, ce revenu était désormais de CHF 68'992.51, arrondi à CHF 68'993.-. La différence entre le revenu sans invalidité et celui avec invalidité ne laissait subsister aucune perte de capacité de gain. La SUVA était donc fondée à nier le droit à une rente d'invalidité.

c. L'assuré a répliqué le 25 février 2022 et a fait valoir que son psychiatre traitant, le Dr H_____, avait retenu un diagnostic de choc post-traumatique et lui avait prescrit des antidépresseurs, ce que la SUVA n'avait pas pris en compte. En outre,

il indiquait ne pas avoir de permis de séjour ni de formation, de sorte que la SUVA aurait dû procéder à un abattement sur le salaire d'invalide.

d. Le 15 mars 2022, la SUVA a maintenu ses conclusions.

E. En parallèle, l'assuré a fait une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), lequel a retenu dans son projet de décision du 24 septembre 2020, une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle jusqu'au 20 juin 2020, mais une pleine capacité dans une activité adaptée dès cette date. Sur opposition de l'assuré, l'OAI a confirmé son projet le 3 novembre 2020 (invalidité de 0%). Par arrêt du 16 novembre 2021 (ATAS/1170/2021), la chambre de céans a partiellement annulé la décision du 3 novembre 2020 et a dit que le recourant avait droit à une rente d'invalidité entière du mois de novembre 2020 au mois de février 2021 inclus. La décision était confirmée pour le surplus.

EN DROIT

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

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

2. 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.

3. Le 1er janvier 2021, est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA.

3.1 Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3.2 Déposé après le 1er janvier 2021, le recours sera donc traité sous l'angle du nouveau droit de la LPGA (cf. ATAS/360/2021 du 15 avril 2021 consid. 3).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 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, le recours est recevable.

5. Le litige porte sur la question de la stabilisation du cas au mois de novembre 2020 et, en cas de réponse positive à celle-ci, sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité de la SUVA.

5.1 Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend 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 entraîne la mort (art. 4 LPGA).

5.2 En vertu de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. L'assuré dispose de ce droit au traitement médical aussi longtemps que la poursuite de celui-ci laisse espérer une amélioration notable de l'état de santé (ATF 116 V 44 consid. 2c; A. MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2e éd., Berne 1989, p. 274).

5.3 En vertu de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'AI ont été menées à terme. La question de l'amélioration se juge à l'aune de l'augmentation attendue ou du rétablissement de la capacité de travail (ATF 134 V 109, cons. 4.3). Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

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

5.5 L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

5.6 Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de

vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

5.7 En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

5.8 En cas d'atteinte à la santé psychique, les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un événement accidentel ayant entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5) ou d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale et d'un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable (ATF 134 V 109 consid. 7 à 9; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 117 V 359 consid. 6a; SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2; sur l'ensemble de la question: cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb).

5.9 En présence de troubles psychiques consécutifs à un accident, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (cf. ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 p. 407; 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140; 403 consid. 5c/aa p. 409) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;

- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques;

- la durée anormalement longue du traitement médical;

- les douleurs physiques persistantes;

- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;

- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes;

- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

5.10 Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 précité p. 408; 115 V 133 précité consid. 6c/bb p. 140). De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept, ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (arrêt 8C_663/2019 du 9 juin 2020 consid. 3.2 et les références). Par ailleurs, un seul critère peut être suffisant pour admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves (ATF 115 V 133 consid. 6c/bb précité p. 140 s.).

5.11 Dans la mesure où le caractère naturel et le caractère adéquat du lien de causalité doivent être remplis cumulativement pour octroyer des prestations d'assurance-accidents, la jurisprudence admet de laisser ouverte la question du rapport de causalité naturelle dans les cas où ce lien de causalité ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 135 V 465 consid. 5.1 p. 472).

5.12 En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il devient invalide à 10% au moins par suite d'un accident. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 7 al. 1 LPGA dispose qu'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. Selon l'alinéa 2 de cette disposition, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. En vertu de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

5.13 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 135 V 297 consid. 5.1; 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1).

Pour établir le salaire réalisé en dernier lieu et son évolution subséquente, on se fondera en premier lieu sur les renseignements fournis par l'employeur (arrêt 8C_443/2018 du 30 janvier 2019 consid. 2.1; Thomas FLÜCKIGER, Basler Kommentar UVG, 2019, n° 21 ad art. 18 LAA).

5.14 La jurisprudence n'exige pas que le revenu sans invalidité dépasse le minimum prévu par une convention collective de travail. Il suffit qu'il ne soit pas inférieur au salaire moyen tel que l'entend la jurisprudence en matière de parallélisation des revenus à comparer (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_721/2017 du 26 septembre 2018 consid. 3.4.2; 8C_537/2016, du 11 avril 2017, consid. 5).

5.15 Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. 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. Aux fins de déterminer le revenu d'invalide, les salaires fixés sur la base des données statistiques de l'ESS peuvent à certaines conditions faire l'objet d'un abattement de 25% au plus (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3; 126 V 75 consid. 5b/aa- cc).

5.16 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 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).

5.17 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).

5.18 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; 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).

6. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 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 126 V 319 consid. 5a).

7. En l'espèce, l'intimée considère que le cas est stabilisé depuis le mois de novembre 2020.

Il ressort des documents médicaux au dossier, en particulier les avis médicaux du Dr C_____ et du Dr B_____ que le recourant est incapable depuis son accident de reprendre son activité précédente en raison de son atteinte à la jambe. En revanche, les médecins considèrent que malgré cette atteinte, le recourant est apte à travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, la capacité de travail étant jugée entière, avec une aptitude à la réadaptation, dès le 16 septembre 2020 selon le Dr B_____ et dès novembre 2020 selon le Dr C_____.

Il n'est en outre pas critiquable de constater une stabilisation de l'état de santé de l'assuré, en novembre 2020 au plus tard, sans tenir compte de l'intervention chirurgicale qu'il a subie le 23 mars 2021, dans la mesure où cette intervention visait uniquement à retirer le matériel d'ostéosynthèse comme l'a indiqué le Dr F_____ qui a procédé à l'intervention. Elle n'avait pas de but curatif, quand

bien même elle a eu pour effet de diminuer les douleurs ressenties par le recourant. Le fait que le chirurgien ait envisagé une éventuelle arthrolyse sous arthroscopie, puis l'ait écartée, ne vient pas contredire l'opinion exprimée par les autres médecins selon laquelle l'assuré était durablement incapable de reprendre son ancienne activité en raison de son atteinte à la jambe, mais néanmoins capable de travailler dans le respect de certaines limitations, dans une activité adaptée. Un traitement physiothérapeutique a certes été préconisé à la suite de l'intervention visant à l'ablation du matériel le 23 mars 2021, et a été pris en charge par l'intimée, mais ce suivi post opératoire qui visait à améliorer la mobilité de l'assuré ne peut pas être considéré comme visant une amélioration notable de l'état du membre inférieur de l'assuré. Sur le plan somatique, il n'y a pas de motif de remettre en cause le point de vue du Dr C_____, motivé et convaincant, selon lequel l'état de santé de l'assuré pouvait être qualifié de stable dès novembre 2020, la capacité de travail, sur le plan somatique, de 100% dans une activité adaptée n'étant au demeurant pas valablement contestée par un médecin dans ce dossier.

Quant à l'atteinte psychique dont le recourant se plaint, l'on rappellera que selon le Tribunal fédéral, en présence de troubles psychiques consécutifs à un accident qui a également provoqué un trouble somatique, la causalité adéquate entre les troubles persistants et l'accident assuré peut être examinée dès le moment où il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé somatique de l'assuré (cf. ATF 134 V 109 consid. 6.1, p. 116).

Eu égard à ce qui précède, dans la mesure où les séquelles somatiques consécutives à l'accident du 21 juin 2019 ont nécessité deux interventions chirurgicales les 21 juin et 8 juillet 2019. Les médecins de la CCR, en septembre 2020, et le Dr C_____, ont retenu une incapacité de travail dans l'ancienne activité, mais une capacité entière dans une activité adaptée. La causalité adéquate entre les séquelles psychiques alléguées et l'accident devait être examinée à partir de cette date-là.

Le dossier ne révèle pas que le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique sur lequel s'est greffé un épisode dépressif majeur d'intensité moyenne dans un contexte de précarité socio-financière évoqué par le Dr H_____ est en lien de causalité avec l'accident, étant rappelé que le recourant n'a consulté ce psychiatre que le 30 avril 2021. Le recourant n'était pas suivi par un psychiatre au préalable et avait vu son psychothérapeute pour la dernière fois au printemps 2020. Cela étant, la nature précise des troubles psychiques du recourant n'apparaît pas déterminante, dans la mesure où l'examen de la causalité adéquate fondée en l'espèce sur les critères applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident ne parvient pas à établir un tel lien. En effet, les critères développés par la jurisprudence ne sont pas remplis. L'accident survenu sur la voie publique n'a pas connu de circonstances particulièrement dramatiques ni eu un caractère particulièrement impressionnant ; les lésions ne sont pas d'une gravité telle

qu'elles seraient propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. Le traitement médical n'a pas eu une durée anormalement longue ; aucune erreur dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident n'a été à déplorer ; il n'y a pas eu de difficultés au cours de la guérison ou de complications importantes ; le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques n'étaient pas excessifs. Seules des douleurs physiques ont persistés. Ce seul critère dans un accident de moyenne gravité ne peut conduire à retenir un lien de causalité adéquate au regard de la jurisprudence.

8. Le cas étant stabilisé au mois de novembre 2020, se pose dès lors la question du droit à la rente d'invalidité.

Dans ce cadre, le recourant conteste le calcul opéré par l'intimée en contestant le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité retenu par l'intimée et sollicite en outre un abattement de 25%.

8.1 En l'espèce, le revenu sans invalidité retenu par l'intimée (CHF 47'697.10) correspond au salaire préalablement perçu par le recourant selon les informations fournies par l'ancien employeur et actualisé compte tenu de la stabilisation de l'état de santé du recourant en novembre 2020. L'intimée a constaté qu'il n'existait pas de perte de gain entre le salaire avec invalidité fondé sur l'ESS (CHF 68'924.-) et le salaire sans invalidité (CHF 47'697.10), de sorte qu'aucun droit à une rente n'était donné.

Le recourant estime qu'il faut se référer au salaire minimum à Genève et non à son dernier salaire et procéder à un parallélisme des revenus.

Le salaire minimum genevois est fixé à Genève à CHF 4'200.- par mois, soit CHF 54'600.- par an. Que l'on se fonde sur ce salaire à titre de revenu avant invalidité, hypothèse retenue par l'intimée en cours de procédure, ou que l'on procède à une comparaison entre ce revenu et le revenu de CHF 47'697.10 pour constater une divergence entre le revenu réel et le salaire minimum de 12.65% (soit 7.65% en sus de la différence de 5% retenue par la jurisprudence), le salaire sans invalidité demeure inférieur au salaire avec invalidité (CHF 68'924.- > CHF 54'600.- respectivement ([CHF 68'924.- - 7.65%] > CHF 47'697.10), de sorte que le droit à la rente n'est pas ouvert.

Contrairement à ce que voudrait le recourant, l'on ne peut pas augmenter, d'une part, le salaire sans invalidité pour tenir compte du salaire minimum genevois et retrancher, d'autre part, le montant du salaire avec invalidité selon l'ESS de la différence de 7.65%, sauf à prendre en considération deux fois la même correction liée au salaire du recourant du fait qu'il est plus bas que le salaire minimum.

8.2 Quant au salaire avec invalidité, l'intimée s'est à juste titre fondée sur l'ESS, dans la mesure où le recourant, qui dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, n'a pas repris d'activité à ce jour.

L'on relèvera que l'intimée ne pouvait pas se fonder sur la publication, postérieure au recours, faute d'avoir été disponible lorsqu'elle a statué, de l'Office fédéral de la statistique du 23 août 2022 des tableaux TA1_skill-level, T1_skill-level et T17 de l'ESS 2020, dans lequel le salaire médian standardisé (40h/sem.) d'un homme, avec le niveau de compétences 1 (tâches physiques ou manuelles simples) est de CHF 5'261.- en 2020, contre CHF 5'417.- pour l'ESS 2018.

8.3 Quant à l'abattement sur le salaire avec invalidité, le recourant qui ressent toujours des douleurs en montant et en descendant les escaliers et qui ne peut pas marcher plus de 60 minutes de suite voudrait que l'on retienne un abattement de 25%.

Il dispose cependant d'une pleine capacité de travail dans une activité respectant ses limitations, lesquelles ne sont pas particulièrement lourdes. Le salaire pris en compte est celui que peut réaliser un homme dans une activité nécessitant des compétences minimales dans le secteur privé. Il n'existe pas d'avis médical allant dans le sens d'une perte de rendement ou qui justifierait de retenir un abattement maximal de 25% dans la situation du recourant. Un tel abattement n'apparaît dès lors pas fondé.

En outre, même en tenant compte d'un tel abattement sur le salaire ESS précité ([CHF 68'924.- - 7.65%] - 25% = CHF 47'738.49), le salaire avec invalidité demeurerait supérieur au salaire sans invalidité (CHF 47'738.49 > 47'697.10), ce qui n'ouvre pas davantage de droit à une rente. Si l'on tient compte du salaire minimal genevois, l'abattement de 25% sur le salaire ESS conduirait à admettre une perte de gain de CHF 2'907.- (CHF 54'600 – CHF 51'693.- = 2'907.-), correspondant à un taux d'invalidité de 5.6%, soit un taux insuffisant pour ouvrir le droit à la rente.

Quant à l'abattement de 10% retenu par l'OAI dans la procédure ad hoc, il faut rappeler que le recours au niveau de compétence 1 de la table ESS TA1 tirage_skill_levell prend en compte des emplois ne nécessitant pas de formation ou de connaissances préalables, ce qui ne justifie pas d'abattement au titre de l'absence de formation du recourant. La réduction de 10 % a été prise en compte par l'OAI au vu des limitations fonctionnelles dans une activité adaptée et du fait que seule une activité légère pouvait être envisagée par l'assuré, âgé de 41 ans et qui avait déjà occupé divers emplois malgré son statut précaire, sans permis de séjour et de conduire, sans formation et alors qu'il ne maîtrisait pas parfaitement le français.

Cela étant, même à prendre en compte un abattement de 10%, au vu des limitations susmentionnées, la perte de gain est insuffisante pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-accident.

La décision attaquée ne prête dès lors pas le flanc à la critique.

9. Par conséquent, le recours est rejeté.

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

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

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière	La présidente
Nathalie LOCHER	Marine WYSSENBACH

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