

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3151/2025

ATAS/730/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 août 2026

Chambre 10

En la cause

A_____,
représenté par Me Sarah BRAUNSCHMIDT SCHEIDEGGER,
avocate

recourant

contre

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

intimée

Siégeant : Joanna JODRY, présidente ; Saskia BERENS TOGNI et
Pierre-Bernard PETITAT, juges assesseurs.

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1975, marié et père de quatre enfants restés au Kosovo, a exercé l'activité de jardinier à plein temps pour le compte de B_____ Sàrl (ci-après : l'employeur), dont l'associé-gérant est son frère. Il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : SUVA).
- b.** Selon l'extrait de son compte individuel AVS (ci-après : CI), l'assuré a toujours travaillé pour le même employeur, de manière épisodique entre 2004 et 2016, puis de manière continue dès 2017.
- B.** **a.** Selon la déclaration de sinistre complétée le 14 mai 2021 par l'employeur, l'assuré a été victime d'un accident le 12 mai 2021 dans le jardin d'un client. Alors qu'il était en train de couper une branche sur un arbre en étant attaché avec un harnais, il a glissé et est tombé sur le dos.
- b.** Le 20 mai 2021, la SUVA a informé l'assuré de la prise en charge du cas.
- c.** Selon un rapport de « consultation aux urgences – chirurgie du trauma rachis » des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), établi le 21 mai 2021 par les docteurs C_____ et D_____, respectivement médecin chef de clinique et médecin interne, l'assuré, qui portait un casque, ne présentait ni traumatisme crânien ni perte de connaissance le jour de l'accident. À leur arrivée, les ambulanciers avaient relevé, entre autres, un score de 15 à la GCS (*Glasgow Coma Scale* ; échelle de Glasgow), confirmé aux urgences.
- d.** Par rapport du 25 mai 2021, la docteure E_____, médecin adjointe auprès du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a indiqué qu'en tombant de l'arbre qu'il élaguait, l'assuré avait effectué une chute d'environ 2 m et atterri sur un sol mou (terre) sur ses pieds, avant un impact dorsal sur du béton. Elle a diagnostiqué une fracture de type B2 au niveau de la charnière thoraco-lombaire (D12-L1) avec une composante de tassement en D12 et d'éclatement incomplet en L1, traitée le 17 mai 2021 par spondylodèse de D12-L2 et implant SpineJack® en L1. À cela s'ajoutaient, au membre supérieur gauche, une fracture du scaphoïde et du tubercule distal du scaphoïde, une fracture arrachement non déplacée du triquetrum, une fracture non déplacée de la corne antérieure du lunatum et une fracture épiphysaire articulaire non déplacée du radius distal.
- e.** Selon un rapport d'accident établi le 3 juin 2021 par un enquêteur de la SUVA, faisant suite à des renseignements recueillis par téléphone auprès de l'assuré et à une enquête effectuée le 21 mai 2021 auprès de l'employeur, l'assuré était tombé d'une hauteur estimée à 4 - 5 m le jour de l'accident. La cause de la chute était

inconnue mais selon le témoignage de l'assuré et de l'employeur, le nœud de Prussik installé sur la corde d'escalade aurait glissé sur cette dernière.

f. Le 9 décembre 2021, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI).

g. Du 20 avril au 11 mai 2022, date de son retour à domicile, l'assuré a séjourné à la Clinique F_____ (ci-après : F_____).

h. Dans un rapport du 6 juillet 2022, les docteurs G_____ et H_____, respectivement médecin associé et médecin assistante à la F_____, ont retenu, à titre de diagnostic principal, des thérapies physiques et fonctionnelles pour rachialgies chroniques au décours d'une chute le 12 mai 2021 et, à titre de diagnostics secondaires, des rachialgies chroniques, des séquelles de dystrophie rachidienne de croissance dorsale moyenne et lombaire, une chute d'un arbre le 12 mai 2021 avec une fracture de tassement de D12 et L1, des fractures des processus transverses droits de L1 et L2 et, au membre supérieur gauche, une fracture du scaphoïde et du tubercule distal du scaphoïde, une fracture arrachement non déplacée du triquétrum, une fracture non déplacée de la corne antérieure du lunatum et une fracture épiphysaire articulaire non déplacée du radius distal. À cela s'étaient ajoutées successivement, le 17 mai 2021, une spondylodèse mini-invasive de D12-L2 avec cyphoplastie par SpineJack® en L1, le 19 janvier 2022, des infiltrations articulaires postérieures dorsales en D11-D12 des deux côtés, et le 9 février 2022, une infiltration lombaire.

Au cours du séjour, les médecins de la F_____ n'ont retenu aucun nouveau diagnostic orthopédique. Sur le plan psychiatrique, l'évaluation réalisée au début du séjour ne retenait pas de trouble psychopathologique patent. L'assuré s'était vu proposer des entretiens centrés sur les effets de l'accident sur sa vie, incluant la thématique de la reconversion professionnelle. L'évaluation faite sur le plan psychiatrique ne retenait pas de signe en faveur d'un « PTSD » (trouble de stress *post-traumatique*) ou d'un trouble anxieux.

Même si les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour, des facteurs contextuels (mauvaise compréhension du français, kinésiophobie et catastrophisme ressortant des auto-questionnaires) influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles de l'assuré. Sa participation aux thérapies avait été faible et l'évolution subjective et objective non significative. Hormis des autolimitations en lien avec les douleurs et la conviction de ne pouvoir réaliser que des activités exigeant un niveau d'effort minimal, inférieur à sédentaire ou essentiellement assis, aucune incohérence n'avait été relevée.

S'agissant des limitations fonctionnelles définitives, l'assuré devait éviter le port répétitif de charges supérieures à 5-10 kg et les activités nécessitant le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux. Actuellement, la situation était pratiquement stabilisée du point de vue médical. Aucune nouvelle intervention n'était prévue et

la physiothérapie, prévue à la sortie, avait pour objectif le maintien des acquis et de la qualité de vie. Le pronostic de réinsertion était défavorable pour l'ancienne activité mais théoriquement favorable pour une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Cependant, les facteurs personnels et contextuels (assuré centré sur ses douleurs, sous-estimant le niveau d'activité à sa portée, maîtrisant mal le français et sans qualification reconnue) représentaient un frein au processus de réorientation.

i. Dans un rapport du 8 juillet 2022, relatif à une consultation du 29 juin 2022, la docteure I_____, cheffe de clinique auprès du service de neurochirurgie des HUG, a expliqué que l'imagerie concernant le rachis montrait une bonne tenue des vis, sans complication secondaire. Elle comptait rediscuter l'option d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse (ci-après : AMO) implanté lors du prochain « colloque trauma rachis ».

j. À la suite d'une nouvelle consultation du 17 novembre 2022, la Dre I_____ a indiqué dans un rapport du 22 novembre 2022 qu'elle avait expliqué à l'assuré qu'une AMO ne constituerait pas une garantie d'amélioration des symptômes (muscles douloureux à la palpation tout le long du dos et de manière plus marquée au niveau de la fixation) et qu'elle induirait même le risque d'une déformation secondaire et, dans ce cas, la nécessité d'une nouvelle intervention chirurgicale. Sur la base de ces éléments, l'assuré avait préféré poursuivre la physiothérapie. Une radiographie EOS de la colonne totale et une radiographie dorso-lombaire étaient prévues dans six mois.

k. Dans un rapport du 28 juin 2023, relatif à une consultation du 24 mai 2023, la Dre I_____ a indiqué que la radiographie EOS de la colonne totale montrait, entre autres, sur le plan statique, un déséquilibre sagittal avec un « SVA » (axe vertical sagittal) pathologique à 131 mm, un manque de lordose L1-S1 mesuré à 43°, une incidence pelvienne à 41° et une obliquité pelvienne de 5 mm. Sur le plan morphologique, on notait des stigmates de spondylodèse de D12-L2 avec vis transpédiculaires en D12 et L2 tenues par des tiges postérieures. Le matériel était en place et intègre. On objectivait également des stigmates de SpineJack® et cimentoplastie de L1, avec une partie du matériel en surprojection du disque D12-L1, stable « par rapport au comparatif ». La fracture-tassement de D12 était également stable « par rapport au comparatif », avec une perte de hauteur mesurée à 8%, une cunéiformisation de 9° et un angle de cyphose régional à 20°. Pour le surplus, on objectivait une majoration de la discopathie sus-jacente à la spondylodèse, une cervico-discarthrose étagée ainsi qu'une coxarthrose modérée des deux côtés. En synthèse, l'assuré présentait une chronicisation des douleurs à la suite d'une fracture B2 au niveau D12-L1 traitée chirurgicalement en mai 2021. Elle comptait mettre en place une nouvelle consultation avec le Centre multidisciplinaire de la douleur et arrêter le suivi neurochirurgical. Pour sa part, l'assuré se chargerait de prendre rendez-vous avec un psychologue en vue d'un soutien psychologique.

l. Dans un rapport du 5 octobre 2023, le docteur J_____, médecin adjoint auprès du service d'anesthésiologie des HUG, a posé les diagnostics de rachialgies chroniques *post-traumatiques* (MG30.20) persistantes après l'accident de travail le 12 mai 2021 avec fracture de D12-L1, traitées par spondylodèse mini-invasive D12-L2 le 17 mai 2021, et invalidantes malgré les opiacés, la physiothérapie active et l'infiltration intra-facettaire, et d'hypertension artérielle (à titre de comorbidité). À plus d'un an de la précédente consultation, l'assuré présentait une persistance de ses rachialgies *post-traumatiques* invalidantes, sans grand changement. Les mesures qui avaient été préconisées n'avaient pas porté leurs fruits, que ce soit le Tramadol 100 mg retard (qui n'améliorait pas les mobilisations), la neurostimulation électrique transcutanée (TENS) (inefficace), le séjour à la F_____ en 2022 (inutile) ou la physiothérapie (devenue complètement passive). De plus, les évaluations sur les plans psychologique et orthopédique (« consultation rachis ») n'avaient pas été réalisées. L'examen clinique était quasi impossible en raison d'un syndrome lombo-vertébral avec douleurs à la palpation myofasciale diffuse. À cela s'ajoutaient une baisse de thymie avec une difficulté à comprendre les mécanismes de sensibilisation aux douleurs, et une focalisation de l'intéressé sur la question du retrait ou non du matériel de spondylodèse. En conclusion, il proposait la poursuite d'une prise en charge multimodale avec quelques nuances, à savoir un sevrage progressif du Tramadol, une convocation de l'assuré par le professeur K_____, médecin adjoint agrégé auprès du service de rhumatologie des HUG (intervenant en qualité de rhumatologue à la « consultation rachis »), et par le docteur L_____, psychiatre, pour évaluer l'assuré et optimiser sa réadaptation, malgré la barrière linguistique.

m. Dans un rapport du 29 septembre 2023, faisant suite à une consultation donnée le 25 septembre 2023, le Prof. K_____ a indiqué avoir commencé une éducation thérapeutique de l'assuré à la douleur chronique. Une nouvelle consultation était prévue d'ici un mois pour une reprise des explications et une tentative de rassurer l'assuré, ce avant la mise en place d'un programme thérapeutique autour de l'activité physique progressive, abandonnée depuis le séjour à la F_____.

n. À la demande de la SUVA, l'assuré s'est rendu le 25 septembre 2024 auprès des docteurs M_____, médecin d'assurance et spécialiste en chirurgie orthopédique, et N_____, psychiatre d'assurance, pour un double examen en présence d'un interprète.

o. Par rapport du 25 septembre 2024, le Dr N_____ a estimé que l'examen du jour n'avait pas mis en évidence de symptomatologie dépressive. En ce qui concernait l'anxiété, il y avait des ruminations inquiètes mais spécifiques qui concernaient le contexte existentiel, de sorte qu'on pouvait considérer qu'elles étaient normales vu celui-ci. Il n'y avait pas de crises anxieuses signalées. En revanche, il était particulièrement marqué par le niveau de handicap et le comportement très démonstratif et algique massif de l'assuré, accompagné d'une

régression importante, car il ne ferait quasiment plus rien à son domicile. Il était également quelque peu surprenant que tous les traitements pratiqués à ce jour n'aient eu aucun impact positif, même mineur, et que l'évolution fût aussi catastrophique. De ce fait, il suspectait fortement des incohérences conséquentes et mettait en avant deux diagnostics différentiels possibles, à savoir la majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), l'autre hypothèse étant celle d'un comportement plus conscient/volontaire, soit d'une simulation (F68.1), consistant à entretenir, voire exagérer des troubles préexistants avec comme but d'obtenir un bénéfice direct et précis, comme d'échapper à la charge et à la responsabilité de rester intégré dans un environnement professionnel. « Même s'il [s'agissait] là de diagnostics par hypothèses, le décours de la problématique et le handicap généré [semblaient] tels qu'on ne [pouvait] pas ne pas les évoquer ».

p. Dans son rapport du 26 septembre 2024, le Dr M_____ a indiqué que lors de l'examen de la veille, l'assuré s'était montré très douloureux à la palpation ou à la mobilisation et avait validé tous les points de Waddell. Il retenait le diagnostic de fracture opérée de L1 avec pontage T12-L2 et SpineJack® L1 sans signe neurologique initial, et considérait que l'état de l'assuré n'avait aucunement évolué depuis le rapport du 28 juin 2023 de la Dre I_____ et même depuis son observation prolongée à la F_____. Aucune demande d'examen n'avait eu lieu pendant plus d'un an. Pour sa part, il estimait que « tout [était] stabilisé et par ailleurs étonnant et discrédant tant l'examen multi-algique ne [reposait] objectivement sur aucune explication rationnelle ». On constatait cependant de plus en plus un déconditionnement important dans l'état chronicisé. Comme déjà constaté à la F_____, des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par l'assuré. Au vu des plaintes de l'assuré, il était nécessaire, malgré les incohérences relevées à distance des derniers examens spécialisés, de vérifier s'il n'existait pas de majoration objective de la hernie discale sus-jacente D6-D7 ou de modification de l'état de la colonne lombaire en général. À cette fin, il avait d'abord besoin de deux IRM (une dorsale et une lombaire) avant d'effectuer une appréciation complémentaire dans le cadre de laquelle il se prononcerait sur la stabilisation, les limitations fonctionnelles, l'exigibilité d'une activité adaptée et le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI).

q. Dans un rapport du 4 octobre 2024, relatif à une IRM de la colonne dorsale et lombaire de l'assuré, la docteure O_____, radiologue, a indiqué que l'IRM lombaire illustrait un status *post-cimentoplastie* d'une fracture de L1 et spondylodèse D12-L2 sans complication identifiée. Pour le reste, il existait une discopathie D6-D7 avec une protrusion discale focale postéro-médiane, sans retentissement intra-canalair, et une discrète discopathie L5-S1 protrusive à focalisation foraminale gauche venant au contact du trajet foraminal de la racine L5 gauche, sans franche compression radiculaire identifiée. Enfin, il n'y avait ni

rétrécissement canalaire dorsolombaire, ni pathologie intra-canalaire, ni lésion intra-médullaire.

r. Par appréciation complémentaire du 12 décembre 2024, le Dr M_____ a répondu à une série de questions. Invité à dire dans quelle mesure il y avait lieu d'attendre, au moins au degré de la vraisemblance prépondérante, de traitements supplémentaires une amélioration de l'état de santé résultant de l'accident, il a indiqué qu'en dehors d'antalgiques de palier 1, tout avait été mis en œuvre chez l'assuré. L'activité de jardinier n'était plus exigible mais dans une activité légère, c'est-à-dire sans port répétitif de charges supérieures à 5-10 kg ni maintien prolongé du tronc en porte-à-faux, la capacité de travail était de 100% sans perte de rendement.

s. Le 12 décembre 2024, le Dr M_____ a évalué l'IPAI à 20% en référence à la table de la SUVA traitant de l'atteinte à l'intégrité résultant d'affections de la colonne vertébrale, en cas de « fractures cervicales, dorsales ou lombaires, y compris spondylodèse, cyphose ou scoliose de 10° », accompagnées de douleurs permanentes plus ou moins intenses, également la nuit et au repos. Une IPAI de 10 à 20% était en effet prévue pour des cas de ce genre.

t. Par courrier du 13 décembre 2024, la SUVA a fait savoir à l'assuré qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et des indemnités journalières avec effet au 31 janvier 2025.

u. Par projet de décision du 28 février 2025, l'OAI a envisagé d'octroyer à l'assuré une rente d'invalidité limitée dans le temps.

Son statut était celui d'une personne se consacrant à plein temps à son activité professionnelle.

Il ressortait de l'instruction médicale que son incapacité de travail était totale dans toute activité dès le 12 mai 2021 (début du délai d'attente d'un an) et qu'à l'échéance du délai d'attente, soit le 12 mai 2022, son incapacité de gain était entière. Cependant, étant donné que la demande de prestations avait été déposée le 9 décembre 2021 et qu'elle était ainsi tardive, la rente ne pouvait être versée que six mois plus tard, soit à compter du mois de juin 2022. Compte tenu de l'amélioration de l'état de santé apparue par la suite, sa capacité de travail était de 100% dès le 12 décembre 2024, dans une activité adaptée à son état de santé. En procédant, après cette amélioration, à une comparaison des revenus avec et sans invalidité, la perte de gain s'élevait à CHF 5'515.- et le degré d'invalidité à 8%, ce qui justifiait que la rente entière d'invalidité ne lui fût plus versée à compter du 1^{er} mars 2024, soit trois mois après l'amélioration constatée. Par ailleurs, une invalidité de 8% n'ouvrait pas droit aux mesures professionnelles.

v. Dans une note du 1^{er} mai 2025, la SUVA a fixé le degré d'invalidité de l'assuré à 7%.

w. Par décision du 8 mai 2025, la SUVA a octroyé à l'assuré une IPAI de CHF 29'640.- (correspondant à 20% de CHF 148'200.-), mais lui a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité, le taux d'invalidité de 7% n'atteignant pas le minimum de 10% requis. Il ressortait des investigations qu'en dépit des suites de son accident, l'assuré était à même d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie, à condition de ne pas porter de manière répétée des charges supérieures à 5-10 kg et d'éviter les activités nécessitant le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux. Un travail léger devait donc être privilégié. Une telle activité, qui était exigible à plein temps, lui permettrait de réaliser, selon l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) de 2022, un revenu de CHF 63'660.-, correspondant à CHF 66'365.55 pour 41.7 heures de travail, et de CHF 69'123.33 une fois indexé à l'indice suisse des salaires (ci-après : ISS) en 2024 puis à l'estimation trimestrielle actuelle en 2025. Après prise en compte d'un abattement de 10%, compte tenu des limitations fonctionnelles et de la situation de l'intéressé, le revenu avec invalidité se montait à CHF 62'211.-. En comparant ce montant au revenu sans invalidité de CHF 66'740.55 (correspondant au revenu ressortant du CI, réalisé en 2020, indexé à l'ISS 2024 et à l'estimation trimestrielle actuelle en 2025), la perte de gain se montait à CHF 4'529.55 et le taux d'invalidité était de 6.79% (arrondi à 7%). Outre les séquelles organiques de l'accident, des troubles psychiques réduisaient aussi la capacité de gain. Cependant, pour être pris en compte, ceux-ci devaient présenter un lien de causalité adéquate avec l'accident du 12 mai 2021, ce qui n'était pas le cas en l'espèce.

x. Le 10 juin 2025, l'assuré, représenté par une avocate, a formé opposition à cette décision et conclu à son annulation. Son désaccord portait sur l'appréciation de sa capacité de travail dans une activité adaptée, celle-ci ne tenant pas compte des limitations concrètes qu'il présentait depuis l'accident du 12 mai 2021. En effet, ses douleurs chroniques affectaient non seulement sa mobilité, mais également ses fonctions cognitives et relationnelles. Ces douleurs étaient à l'origine de troubles secondaires, prenant la forme notamment d'une irritabilité marquée, de troubles du sommeil persistants, d'une fatigue physique constante et d'une baisse notable des capacités de concentration. Ces symptômes compromettaient la poursuite d'une activité professionnelle, même dans un cadre adapté, ce d'autant qu'il était dans l'incapacité de demeurer en position assise ou debout au-delà de quinze minutes sans inconfort majeur ou recrudescence des douleurs. De plus, les traitements médicamenteux prescrits pour atténuer les douleurs (de type Tramadol) généraient des effets incompatibles avec toute exigence professionnelle, vu les pertes de connaissance régulières qu'ils provoquaient. De manière plus générale, l'appréciation effectuée faisait abstraction de l'atteinte psychique significative subie, laquelle se traduisait par des modifications profondes de l'état émotionnel, un isolement croissant, des troubles de l'humeur notables ainsi qu'une perte de confiance généralisée. Or, le fait de laisser de côté les aspects psychiques du cas ne se justifiait pas dès lors que la causalité adéquate

de ceux-ci avec l'accident devait être reconnue. En définitive, l'évaluation de la capacité fonctionnelle était erronée et partielle car elle ne prenait pas en compte la situation psychique de l'assuré. Même si son état était stabilisé, son incapacité de travail n'en était pas moins totale, de sorte qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité. Enfin, le taux d'IPAI fixé à 20% était également insuffisant.

y. Par décision du 14 juillet 2025, la SUVA a rejeté l'opposition, motif pris que l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident devait être niée. Pour le reste, l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de l'assuré, une fois le cas stabilisé, se fondait sur les appréciations du Dr M_____ qui n'étaient contredites par aucun avis médical dissident. Aussi convenait-il d'en reconnaître la valeur probante et de les suivre. Cette remarque était valable aussi pour la fixation de l'IPAI à 20%. La décision du 8 mai 2025 n'était pas critiquable en tant qu'elle niait à l'assuré le droit à une rente. À l'appui de cette solution, la SUVA a néanmoins revu à la baisse le taux d'invalidité de l'assuré (4%), ce changement s'expliquant par un autre revenu sans invalidité pris pour base, à savoir le montant annuel de CHF 64'545.- réalisable en 2025 pour un aide-jardinier selon la convention collective de travail (ci-après : CCT) du secteur des parcs et jardins, des pépinières et de l'arboriculture du canton de Genève, en lieu et place du montant de CHF 66'740.55 retenu dans la décision initiale.

- C. a. Le 15 septembre 2025, 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 à son annulation, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière et à une IPAI de 50%.

À l'appui de sa position, il a réitéré en substance les arguments développés dans son opposition du 10 juin 2025 et produit un rapport du 17 juin 2025 du professeur P_____, médecin adjoint agrégé responsable d'unité auprès du service d'anesthésiologie des HUG, et du Dr J_____, relatif à une consultation d'antalgie ambulatoire du 25 mars 2025. Retenant les mêmes diagnostics que dans le précédent rapport du 5 octobre 2023 du Dr J_____, ces médecins ont indiqué que le recourant rapportait des lombalgies persistantes sans amélioration notable depuis le dernier entretien (juin 2024). Aux dires du patient, les douleurs étaient quotidiennes, plus intenses la nuit, et entraînaient toujours des conséquences directes sur ses activités de la vie quotidienne : son périmètre de marche était limité à 10 minutes. Une fois cette durée atteinte, il devait s'asseoir avant de pouvoir repartir. La qualité de son sommeil était altérée avec trois à quatre réveils par nuit et la perte d'activité physique associée à une prise de poids de plus de 20 kg. Selon ces médecins, les douleurs étaient plus intenses à droite mais associées à des irradiations au membre inférieur gauche qui était non déficitaire et ne présentait pas d'autres signes neurologiques. Sur le plan thérapeutique, le recourant n'avait pas participé au groupe de thérapie cognitive et comportementale comme proposé en juin 2024. Il n'avait pas non plus suivi de

« physiothérapie avec éducation thérapeutique en neurosciences de la douleur » avec Q_____, physiothérapeute et formatrice. On constatait néanmoins un bon suivi de la physiothérapie douce en piscine. Le recourant rapportait prendre quotidiennement des opiacés (Tramadol) et myorelaxants (Tizanidine). En revanche, la prise de l'antidépresseur prescrit (Duloxétine) avait été suspendue. Ils retrouvaient toujours des lombalgies chroniques *post-traumatiques* avec une composante nociplastique qui semblait toujours prédominante. Aussi ont-ils évoqué des objectifs qui leur paraissaient réalistes non seulement au niveau d'une diminution de l'intensité des douleurs, mais surtout d'une réduction de l'impact de celles-ci sur les activités de la vie quotidienne, le sommeil et l'humeur. Plus précisément, ils ont proposé plusieurs mesures dans le cadre d'une prise en charge multimodale et encouragé le recourant à se soumettre, sur le plan physique, à une évaluation et prise en charge coordonnée – physio et ergothérapeutique – dans le cadre d'une réadaptation du rachis auprès de la *Rachis Clinic* et, sur le plan psychologique, à « investir le suivi » qui était le sien actuellement, en le complétant avec la participation – déjà proposée par le passé – au groupe de thérapie cognitive et comportementale. Sur le plan médicamenteux, la prise de Tramadol pourrait être diminuée, voire suspendue ou gardée en réserve afin de limiter les mécanismes de sensibilisation en lien avec cette molécule (en plus du risque de dépendance). Dans un second temps, l'adjonction de perfusions de kétamine, effectuées de manière ponctuelle à la consultation d'antalgie ambulatoire, pourrait être discutée. En termes de mobilisation de ressources personnelles, ils encourageaient aussi le recourant à poursuivre l'éducation thérapeutique effectuée avec des vidéos didactiques (retrainpain.org ou infomaldedossiers.ch). Enfin, ils ne prévoyaient pas de revoir l'intéressé, à moins d'une nouvelle exacerbation douloureuse invalidante non contrôlée par le traitement conservateur ou de la manifestation d'un intérêt pour des perfusions de kétamine.

Se fondant sur le rapport précité du Prof. P_____ et du Dr J_____, le recourant a soutenu que même si ces spécialistes ne relataient que les plaintes exprimées, la constance et la convergence de leurs observations conféraient à ses douleurs un caractère objectivable et quantifiable, de sorte que la reprise d'un travail à plein temps, même adapté, ne semblait pas imaginable.

Puisque l'appréciation réalisée par l'intimée écartait les troubles psychiques de l'état de santé malgré la réalisation d'un nombre de critères suffisant pour admettre un lien de causalité adéquate entre l'atteinte psychique et l'accident, il se justifiait de mettre en œuvre une expertise judiciaire auprès d'un expert psychiatre.

Concernant plus spécifiquement la question de l'IPAI, il ressortait de la lecture des avis médicaux de la Dre I_____ (28 juin 2023), du Dr M_____ (14 août et 25 septembre 2024), et du Prof. P_____ et du Dr J_____ (17 juin 2025) que l'ampleur réelle des séquelles physiques avait été

sous-estimée et qu'au vu d'une déformation supérieure à 20% et d'une perte de hauteur de 8%, une IPAI de 50% était justifiée.

b. Par réponse du 13 octobre 2025, l'intimée a conclu au rejet du recours et a produit une appréciation du 6 octobre 2025, dans laquelle le Dr M_____ a fait valoir pour l'essentiel que le rapport du Prof. P_____ et du Dr J_____ n'apportait rien de nouveau, ni sur le plan étiologique, ni sur le plan thérapeutique, et qu'il n'y avait donc rien de nouveau dans une prise en charge déjà proposée, « déjà réalisée », chez un patient douloureux chronique traité de façon active initialement et pour lequel on savait que deux ans après l'évènement et dans ce genre de situations, le cas ne progressait plus et n'était plus susceptible objectivement de s'améliorer sous l'effet d'aucun traitement. Même si le terme « *failed back syndrome* » (recte : « *failed back surgery syndrome* » pour « syndrome d'échec de la chirurgie rachidienne » ; ci-après : FBSS [récemment renommé PSPS pour syndrome douloureux spinal persistant]) était plus souvent attribué à la chirurgie dorsolombaire dans un contexte dégénératif programmé, le cas du recourant était « assez typique de ce que l'on [pouvait] rencontrer ». Enfin, il invitait à se référer au rapport du 25 septembre 2024 du Dr N_____ et aux incohérences que ce psychiatre avait relevées.

c. Le 21 novembre 2025, le recourant a répliqué en relevant que les propos du Prof. P_____ et du Dr J_____ avaient été incorrectement relatés par le Dr M_____. En effet, contrairement à ce que ce dernier affirmait, il suivait des séances de physiothérapie en piscine. En revanche sa non-participation au groupe de thérapie cognitive et comportementale, proposée en juin 2024, s'expliquait par des raisons linguistiques. En tant que l'appréciation du 6 octobre 2025 du Dr M_____ mentionnait un FBSS consécutif à l'intervention chirurgicale subie le 17 mai 2021, il s'agissait précisément d'un diagnostic qui permettait d'expliquer pourquoi il présentait toujours des douleurs persistantes plusieurs années après cette opération. Enfin, il convenait de rappeler que l'intimée avait tenu compte des douleurs pour la fixation de l'IPAI mais qu'elle ne l'avait apparemment pas fait pour évaluer la capacité de travail exigible, ce qui n'était pas cohérent.

d. Le 9 décembre 2025, l'intimée a brièvement dupliqué en soutenant que le fait que le Dr M_____ ait omis de préciser que le recourant n'avait pas bénéficié de physiothérapie avec éducation thérapeutique en neurosciences de la douleur ne modifiait en rien la portée et la conclusion de son appréciation du 6 octobre 2025, à savoir que le rapport du Prof. P_____ et du Dr J_____ n'apportait aucun élément nouveau sur les plans étiologique et thérapeutique.

e. Par envoi spontané du 22 décembre 2025, le recourant a produit un rapport du 27 novembre 2025 des docteurs R_____ et S_____, respectivement médecin interne et médecin adjoint au service de psychiatrie adulte des HUG, relatant qu'il était suivi au centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrée (CAPPI T_____) depuis le 18 septembre 2025. Il y bénéficiait d'un suivi ambulatoire de

crise à une fréquence d'environ deux entretiens par semaine en lien avec un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2). Les limitations fonctionnelles en découlant se manifestaient par des troubles de la mémoire et de la concentration, des troubles du sommeil avec fatigabilité, de l'anhédonie et de l'aboulie ainsi qu'une perte d'élan vital accompagnée d'un sentiment de désespoir. Interrogés sur les répercussions de ce diagnostic sur la capacité de travail dans une activité adaptée, ils ont estimé que les symptômes précités semblaient avoir un effet significatif sur son fonctionnement et que, selon leur appréciation, l'incapacité de travail était totale. Dans la mesure où la capacité de travail n'était ni totale ni partielle, la question de savoir si le traitement suivi (Cymbalta, Tramadol, Sirdalud, Dafalgan et traitement hypertenseur à préciser) exerçait une influence supplémentaire sur le rendement était sans objet. Invités à dire s'ils partageaient l'appréciation du Dr N_____, ils ont répondu qu'il leur était difficile de se prononcer sur une évaluation faite un an auparavant mais que, selon leur appréciation actuelle, les symptômes dépressifs décrits par le patient étaient bien présents et invalidants.

f. Le 13 janvier 2026, l'intimée a soutenu qu'en tant que les Drs R_____ et S_____ se contentaient de poser des diagnostics et de mentionner les traitements suivis, leur rapport ne permettait pas de retenir un lien de causalité entre l'accident du 12 mai 2021 et les troubles psychiques, cette thématique n'étant pas abordée par ces psychiatres. Qui plus est, un lien de causalité adéquate ne pouvait de toute évidence pas être retenu pour les raisons exposées dans la décision querellée.

g. Entendu le 9 juin 2026 par la chambre de céans en audience de comparution personnelle des parties, le recourant a confirmé les données de l'extrait du CI (revenus de CHF 24'700.- en 2017, CHF 59'000.- en 2018, CHF 52'000.- en 2019, CHF 63'765.- en 2020 et CHF 28'959.- en 2021), en ce sens qu'il avait exclusivement travaillé, en Suisse, pour l'entreprise B_____ Sàrl. Il n'avait plus exercé d'activité professionnelle depuis son accident. Avant la survenance de cet événement, il travaillait en qualité d'aide-jardinier et avait également aidé son frère à gérer l'entreprise en son absence. L'entreprise comptait trois employés, soit un autre aide-jardinier, son frère et lui. Interrogé sur les importantes fluctuations de son salaire entre 2017 et 2021, il a expliqué que ces changements étaient dus à l'activité exercée. Il ne travaillait pas à 100% mais sur appel. Il était payé à l'heure, selon un taux fixe. Selon lui, il n'y avait pas eu de changement du salaire horaire. L'employeur et lui avaient toujours respecté « le règlement et les contrats ». Il ne se rappelait pas s'il y avait eu d'autres contrats écrits avant la modification du contrat signé le 31 janvier 2019. Il n'avait pas perçu d'indemnités journalières avant 2021. Interrogé sur les motifs de l'augmentation de son salaire à partir de 2021, le recourant a indiqué qu'il convenait de poser la question à son patron. Il ne pouvait pas expliquer non plus pour quelle raison il avait perçu, en 2019 et 2020, un salaire inférieur à ce que prévoyait le contrat entré en vigueur le 1^{er} février 2019. Le paiement du salaire s'effectuait de la main à la main en

espèces. Il signalait des reçus au moment de se faire remettre l'argent mais ne savait plus où étaient ces documents. Quant aux fiches de salaire, elles lui avaient toujours été remises mais il ne se souvenait plus où elles se trouvaient.

Sur question de son avocate, le recourant a expliqué qu'il était tombé d'une hauteur de 7 à 8 m, mais n'en était pas sûr car il était en état de choc. Il était tombé d'un coup.

Sur question du représentant de l'intimée au sujet de la hauteur de chute, le recourant a indiqué avoir déclaré au Dr N_____ être tombé d'environ 4 à 5 m sans connaître exactement la hauteur de chute, qu'il n'avait pas pu mesurer. La hauteur de chute qu'il indiquait aujourd'hui (7 à 8 m) correspondait à une estimation. Il était tombé debout sur ses pieds puis, ayant perdu l'équilibre, avait heurté des dalles avec les pièces métalliques de son harnais qui étaient en contact avec son dos.

h. Entendu le même jour à titre de renseignement, B_____ a indiqué qu'entre 2017 et 2021, son entreprise comptait trois travailleurs, dont lui-même, tous jardinier ou aide-jardinier. Actuellement, l'entreprise était presque en faillite mais il avait encore un collaborateur à 50%. Il avait conclu des contrats de travail avec le recourant, dont un contrat valable dès février 2019. Les fluctuations du salaire de son frère s'expliquaient par le travail qu'ils avaient à effectuer. Ainsi, il n'avait pas de salaire fixe avant 2021 et était payé en fonction des heures travaillées.

Sur question de l'avocate du recourant, B_____ a indiqué avoir été présent le jour de l'accident, vu son frère tomber et appelé les secours. Celui-ci était tombé d'une hauteur de 7 à 8 m et ce, d'un coup, le Prussik ayant lâché. Selon ses souvenirs, il avait indiqué cette hauteur dans les documents qu'il avait remplis. Le recourant habitait chez lui. Il était nourri, logé et était au lit presque toute la journée à cause des nombreux médicaments qu'il prenait.

Sur question du représentant de l'intimée, B_____ a maintenu que la hauteur de chute était comprise entre 7 et 8 m et que le client, qui était présent sur la terrasse au moment de l'accident, était à même de préciser cette hauteur. Sur quoi, le représentant de l'intimée a observé que la mention d'une telle hauteur n'était apparue qu'en 2026 et que les premiers rapports médicaux faisaient état de 4 à 5 m, voir 2 m.

Sur intervention du représentant de l'intimée, B_____ a confirmé s'être entretenu avec l'avocate de son frère avant l'audience, mais a précisé que la discussion avait porté sur la date de l'audition. Me BRAUNSCHMIDT SCHEIDEGGER a indiqué pour sa part qu'il était exact qu'elle avait échangé quelques minutes avec le frère du recourant, car il était arrivé en même temps que son client. En outre, l'interprète n'était pas encore là. De plus, en raison des difficultés à communiquer en français avec le recourant, il lui était arrivé de s'entretenir avec son frère.

Sur question du représentant de l'intimée, B_____ a confirmé que son frère avait un salaire fixe avant 2021 et qu'il n'était pas payé à l'heure. Il n'avait plus travaillé depuis l'accident ni reçu de salaire. Interrogé sur l'existence d'un salaire de CHF 14'182.- figurant au CI pour 2022, B_____ a indiqué qu'il avait souvent interpellé la caisse à ce sujet, sans toutefois obtenir de réponse. Concernant les circonstances de l'accident, le recourant était tombé d'abord sur ses jambes et ensuite directement sur le dos.

À l'issue de l'audience, la chambre de céans a imparti un délai à B_____ pour produire les fiches de salaire des différents contrats de l'assuré depuis 2017, ainsi que la lettre de licenciement.

i. Par ordonnance du 10 juin 2026, la chambre de céans a requis la production, par l'OAI, du dossier AI du recourant.

j. Le 22 juin 2026, l'employeur a transmis à la chambre de céans :

- les fiches de salaire de mars à décembre 2017, mentionnant un revenu de CHF 2'469.92, part du 13^e salaire comprise (CHF 24'000.- par an) ;
- les fiches de salaire de janvier à décembre 2018, faisant état d'un revenu de CHF 5'259.42, part du 13^e salaire comprise (CHF 63'113.04 par an) ;
- les fiches de salaire de janvier à décembre 2019, mentionnant un revenu de CHF 5'286.50, part du 13^e salaire comprise (CHF 63'438.- par an) ;
- les fiches de salaire de janvier à décembre 2020, indiquant un revenu de CHF 4'905.-, versé en 13 mensualités (CHF 63'765.- par an) ;
- les fiches de salaire de janvier à avril 2021, mentionnant un revenu de CHF 6'650.-, part du 13^e salaire comprise (CHF 79'800.- par an) ;
- la fiche de salaire de mai 2021, mentionnant un revenu de CHF 2'359.70 versé pour la période du 1^{er} au 11 et des indemnités journalières accident à hauteur de CHF 3'790.- du 12 au 31 ;
- un courrier du 15 octobre 2023 de l'employeur, résiliant le contrat de travail du recourant pour le 15 décembre 2023 ;
- une attestation du 8 janvier 2024 de l'employeur, certifiant que B_____ présentait une incapacité de travail de 100% pour cause de maladie du 1^{er} mars 2022 au 31 décembre 2023 ;
- un avenant au contrat de travail, daté du 1^{er} janvier 2021, portant le salaire mensuel brut du recourant à CHF 6'650.-, 13^e salaire inclus, dès le 1^{er} janvier 2021, et maintenant toutes les autres clauses et conditions du contrat de travail du 1^{er} janvier 2017 pour le surplus.

k. Ces pièces ont été envoyées aux parties le 23 juin 2025.

l. Par écriture du 6 juillet 2026, l'intimée a relevé plusieurs contradictions entre les documents nouvellement communiqués et les déclarations du recourant et de

l'employeur, et rappelé l'existence de divergences entre les pièces salariales produites et les données figurant au CI AVS, de sorte que la valeur probante des documents relatifs au revenu allégué de CHF 6'650.- par mois apparaissait particulièrement limitée. De plus, l'employeur avait demandé un plan de paiement en 2021 pour s'acquitter des primes, ce qui remettait en doute ses déclarations quant à son activité prospère ayant conduit à l'augmentation de salaire du recourant. Enfin, la déclaration de salaire pour 2022 confirmait que le recourant avait perçu un revenu soumis à cotisation de CHF 14'182.-, comme mentionné dans l'extrait CI.

L'intimée a produit une notice téléphonique du 3 mars 2021 et la déclaration de salaire de l'employeur pour 2022.

m. Le 16 juillet 2026, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a rappelé que l'objet du litige était la décision sur opposition du 14 juillet 2025, qui statuait sur son droit à la rente et sur une indemnité pour atteinte à l'intégrité, et que l'intimée avait procédé à une comparaison des revenus pour déterminer le degré d'invalidité fondé respectivement sur le salaire minimum au sens de la CCT et sur les statistiques ESS. Dès lors, « à ce stade de la comparaison des gains », les revenus qu'il avait réalisés n'étaient pas pertinents. « Au stade ultérieur du calcul d'une éventuelle rente d'invalidité, les revenus effectivement réalisés seront pertinents. Ce n'est toutefois pas, à ce stade, l'objet de la procédure ». Il a maintenu qu'il avait été victime d'une chute particulièrement impressionnante d'une hauteur de 7 à 8 m, ayant entraîné des lésions graves, des douleurs physiques persistantes et une incapacité de travail de longue durée, de sorte que la causalité entre ses troubles psychiques et l'accident était donnée.

Il a produit une attestation du 11 juin 2026 de U_____, mentionnant une hauteur de chute de 7 à 8 m le 12 mai 2021.

n. Le 24 juillet 2026, la chambre de céans a reçu de l'employeur un décompte de salaire « juin 2022 » pour le recourant, mentionnant une « correction salaires mai 2018 à décembre 2019 » et des indemnités journalières accidents du « 01.06-30.06.2022 ».

o. Ce document a été communiqué aux parties et la cause 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.

1.3 La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10).

1.4 Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais 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.

2.1 L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références).

Les questions qui – bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation – ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et les références).

2.2 En l'occurrence, le litige porte sur le bien-fondé de la décision sur opposition du 14 juillet 2025, par laquelle l'intimée a fixé le taux de IPAI à 20% et nié le droit du recourant à une rente au motif que le taux d'invalidité de 4% était insuffisant pour ouvrir le droit à une telle prestation.

Le recourant conclut à l'annulation de cette décision, à l'octroi d'une rente entière et à une IPAI de 50%, de sorte que le calcul du degré d'invalidité fait partie du litige et ne sera pas examiné à un « stade ultérieur ».

3. 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 LPGGA).

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

3.2 Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (art. 18 al. 1 LAA, dans sa teneur en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017). 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 (art. 16 LPGGA ; méthode ordinaire de la comparaison des revenus).

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

Tant dans l'assurance-invalidité (art. 4 al. 1 et 28 al. 1 let. c de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 [RS 831.20 - LAI]) que dans l'assurance-accidents (art. 18 al. 1 LAA), l'effet invalidant de l'atteinte à la santé est apprécié conformément à l'art. 8 LPGGA. Cette disposition définit l'invalidité en se référant à la définition de l'incapacité de gain figurant à l'art. 7 LPGGA. Conformément à l'art. 7 al. 2 LPGGA, seules les conséquences de l'atteinte à la santé doivent être prises en compte pour apprécier l'existence d'une incapacité de gain. Il n'y a incapacité de gain que si celle-ci est, d'un point de vue objectif, insurmontable. Le principe de l'exigibilité et l'exigence d'objectivité ont ainsi été inscrits dans la loi (*cf.* à ce sujet ATF 139 V 547 consid. 5.7). L'ATF 141 V 281 n'y a rien changé (consid. 3.7.1). Ce dernier arrêt avait pour objet d'examiner s'il fallait s'en tenir à la présomption selon laquelle un trouble somatoforme douloureux persistant ou un trouble comparable sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique peut être surmonté par un effort de volonté raisonnable. Le Tribunal fédéral est parvenu à la conclusion – non pas spécifiquement en matière AI, mais en se référant notamment à l'art. 7 al. 2 LPGGA – que le modèle « règle/exception » (présomption du caractère

surmontable) devait être remplacé par une grille d'examen structurée et normative (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et les arrêts cités). En d'autres termes, le changement de jurisprudence opéré dans le domaine de l'assurance-invalidité relativement aux troubles psychiques (ATF 143 V 409 et 418 ; 141 V 281) vaut par analogie lorsqu'il y a lieu d'examiner le droit à une rente de l'assurance-accidents obligatoire en cas de syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (ATF 141 V 574 consid. 5.2). Si l'existence d'une relation de causalité entre de tels troubles et l'accident est niée – en raison de l'absence de causalité naturelle ou de causalité adéquate –, un examen à l'aune des indicateurs développés par la jurisprudence est toutefois superflu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2020 consid. 4.4 et les références).

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

Dès qu'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, il appartient à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 144 V 354 consid. 4.1 ; 143 V 148 consid. 3.1.1 ; 134 V 109 consid. 4.1 et les références).

L'art. 19 al. 1 LAA délimite temporellement le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral U 391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a).

3.4 En relation avec les art. 10 LAA (droit au traitement médical) et 16 LAA (droit à l'indemnité journalière), l'art. 6 al. 1 LAA implique, pour l'ouverture du droit aux prestations, l'existence d'un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident, d'une part, le traitement médical et l'incapacité de travail de la personne assurée, d'autre part (arrêt du Tribunal fédéral 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

3.5 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).

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 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b).

En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme craniocérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). L'absence de douleurs dans la nuque et les épaules dans un délai de 72 heures après l'accident assuré permet en principe d'exclure un traumatisme de type « coup du lapin » justifiant d'admettre un rapport de causalité naturelle entre cet accident et d'autres symptômes apparaissant parfois après un période de latence (par ex., vertiges, troubles de la mémoire et de la concentration, fatigabilité), malgré l'absence de substrat objectivable ; il n'est pas nécessaire que ces derniers symptômes – qui appartiennent, avec les cervicalgies, au tableau clinique typique d'un traumatisme de type « coup du lapin » – apparaissent eux-mêmes dans le délai de 72 heures après l'accident assuré (SVR 2007 UV n. 23 p. 75 ; arrêt du Tribunal fédéral U 580/06 du 30 novembre 2007 consid. 4.1).

À noter que la jurisprudence qualifie d'objectivables les résultats d'examens qui sont reproductibles et indépendants de la personne qui effectue l'examen et des indications du patient. On ne peut donc parler de séquelles d'accident organiquement objectivables que lorsque les résultats obtenus ont été confirmés par des examens d'appareillage/d'imagerie et que les méthodes d'examen utilisées à cet effet sont scientifiquement reconnues (ATF 138 V 248 consid. 5.1).

3.6 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 148 V 138 consid. 5.1.1).

3.6.1 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). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 134 V 109 consid. 2.1 ; 117 V 359 consid. 6 ; 117 V 369 consid. 4b ; 115 V 403 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_559/2023 du 19 février 2024 consid. 3.2). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question : ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 et les références).

Le Tribunal fédéral a toutefois précisé qu'en cas de TCC, un certain degré de sévérité de l'atteinte sous forme d'une *contusio cerebri* est nécessaire pour justifier l'application de la jurisprudence en cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue ou de TCC. En revanche, en présence d'un TCC léger (*commotio cerebri*), l'examen d'un lien de causalité adéquate s'effectue en application de la jurisprudence en matière de troubles psychiques consécutifs à un accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_565/2022 du 23 mai 2023 consid. 3.2.3 et les références ; sur la distinction médicale entre une *commotio cerebri* et une *contusio cerebri*, cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_44/2017 du 19 avril 2017 consid. 4.1).

3.6.2 En application de la pratique sur les conséquences psychiques des accidents (ATF 115 V 133), l'examen des critères de la causalité adéquate doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une amélioration de l'état de santé de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5). En revanche, selon la pratique du coup du lapin, l'examen de ces critères doit se faire au moment où aucune amélioration significative de l'état de santé de l'assuré ne peut être attendue de la poursuite du traitement médical relatif aux troubles typiques du coup du lapin – dont les composantes psychologique et physique ne

sont pas facilement différenciées – (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_303/2017 du 5 septembre 2017 consid. 4.1) ou, autrement dit, des soins médicaux dans leur ensemble une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (André NABOLD, in STAUFFER/ CARDINAUX [éd.], *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG*, 2024, ad art. 6, p. 63).

L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident, étant précisé que l'amélioration attendue par la continuation du traitement médical doit être « sensible ». Le terme « sensible » indique donc que l'amélioration espérée par un autre traitement (approprié au sens de l'art. 10 al. 1 LAA) doit être importante (ATF 143 V 148 consid. 3.1.1). Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas, pas plus que la simple possibilité d'une amélioration (arrêt du Tribunal fédéral 8C_528/2022 du 17 novembre 2022 consid. 7.1 et l'arrêt cité). 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). Ni la possibilité très éloignée d'un résultat positif lié à la continuation d'un traitement médical, ni de petits progrès attendus du fait d'autres mesures – balnéothérapie ou physiothérapie par exemple (arrêts du Tribunal fédéral 8C_39/2018 du 11 juillet 2018 consid. 5.1 et 8C_142/2017 du 7 septembre 2017 consid. 4) –, ne confèrent un droit à de plus amples prestations de la part de l'assureur-accidents. Dans ce contexte, l'état de santé de la personne assurée doit être évalué de manière prospective et non rétrospective (arrêt du Tribunal fédéral 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_83/2017 du 11 décembre 2017 consid. 4.3). Pour ce faire, on se fonde en premier lieu sur les renseignements médicaux relatifs aux possibilités thérapeutiques et à l'évolution de la maladie, qui sont généralement compris dans la notion de pronostic (arrêt du Tribunal fédéral 8C_682/2021 du 13 avril 2022 consid. 5.1 et les arrêts cités).

3.6.3 Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale) ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 140 V 356 consid. 5.3 ; 115 V 133 consid. 6 ; 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que

l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (ATF 148 V 301 consid. 4.3.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 *in* SVR 2013 UV n° 3 p. 8 et 8C_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 *in* SVR 2012 UV n° 23 p. 84 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_622/2015 du 25 août 2016 consid. 3.3).

Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minime, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester.

Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue.

3.6.4 Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles

sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique.

Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. De manière générale, lorsqu'il s'agit d'un accident de gravité moyenne (*stricto sensu*), 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 du Tribunal fédéral 8C_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 3.3 et la référence). Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références ; 115 V 133 consid. 6c/bb ; 115 V 403 consid. 5c/bb). Dans le cas des accidents de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité, pour que le caractère adéquat de l'atteinte psychique puisse être retenu, il faut un cumul de quatre critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence ou que l'un des critères se manifeste avec une intensité particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C_277/2019 du 22 janvier 2020 consid. 5 et la référence). En cas d'accident de faible gravité, la causalité adéquate peut en principe être niée (André NABOLD, *op. cit. ad art. 6*, p. 65).

3.6.5 Bien que la gravité d'un accident ne s'apprécie pas uniquement en fonction de la hauteur de chute (arrêt du Tribunal fédéral U 97/04 du 30 décembre 2004 consid. 4.3 et les références), le Tribunal fédéral n'en considère pas moins, dans sa synthèse de la jurisprudence, que d'après la casuistique en matière de chutes d'une certaine hauteur, sont considérées comme faisant partie de la limite supérieure de la catégorie des accidents de gravité moyenne, les chutes qui se sont

produites d'une hauteur entre 5 et 8 m et qui ont entraîné des lésions osseuses relativement sévères (arrêt du Tribunal fédéral 8C_657/2013 du 3 juillet 2014 consid. 4.1).

En pratique, les chutes d'une hauteur comprise entre 2 et 4 m sont qualifiées d'accidents de gravité moyenne au sens strict (arrêt du Tribunal 8C_496/2014 du 21 novembre 2014 consid. 4.2.3). La hauteur de chute se calcule en fonction de la distance entre les pieds de la personne assurée – ou de la surface qui la supporte – par rapport au sol sur lequel elle tombe (SVR 2019 UV n° 41 p. 155 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_596/2022 du 11 janvier 2023 consid. 4.4.1). La jurisprudence fédérale n'a pas rangé dans les accidents de gravité moyenne au sens strict, mais dans les accidents de gravité moyenne à la limite des accidents graves la chute d'une hauteur de 5.4 à 8 m d'un échafaudage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 392/05 du 16 décembre 2005 consid. 2.1), la chute d'une hauteur de 7 à 8 m d'un balcon situé au troisième étage d'un bâtiment en construction (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 168/04 du 8 octobre 2004 consid. 5.2), la chute d'une hauteur de 7 à 8 m sur un sol meuble (humus ; arrêt du Tribunal fédéral U 168/04 du 8 octobre 2004), la chute d'une hauteur d'environ 8 m dans un conduit de cheminée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 231/94 du 10 mai 1995 consid. 3c, cité *in* : RAMA 2005 n° U 555 p. 322 consid. 3.4.1), la chute d'une hauteur de 5 m sur un sol goudronné, ayant provoqué une fracture bilatérale du tibia et du péroné (RAMA 1998 n° U 307 p. 448), la chute d'une échelle d'une hauteur d'environ 5 m, lors de laquelle l'assuré a subi une commotion cérébrale, une fracture de l'aile droite du bassin, une fracture distale du radius à droite avec arrachement du processus styloïde de l'ulna, une bursite traumatique de l'olécrane ainsi qu'une plaie par déchirure au-dessus de l'œil droit (arrêt S. non publié du 4 décembre 1996, cité *in* RAMA 1998, p. 448 consid. 3a) ou encore la chute d'une hauteur de 4.81 m dans un conduit avec réception sur un sol dur (arrêt du Tribunal fédéral 8C_427/2022 du 28 février 2023 consid. 6.2.3). Dans un arrêt ancien, le Tribunal fédéral des assurances a même qualifié d'accident grave la chute d'une échelle d'une hauteur de 4 à 5 m sur le trottoir, ayant entraîné plusieurs fractures graves (arrêt R. non publié du 25 juin 1989, cité *in* RAMA 1998, p. 448). En revanche, le fait que la victime ait atterri sur ses pieds (et non pas chuté la tête la première) a été pris en compte pour qualifier d'accident de gravité moyenne *stricto sensu* une chute d'une hauteur de 5 m (arrêt du Tribunal fédéral U 11/07 du 27 février 2008 consid. 4.2.2) et d'une hauteur de 4.2 m (arrêt du Tribunal fédéral 8C_496/2014 du 21 novembre 2014 consid. 4.2.3). On signalera enfin que dans l'arrêt 8C_657/2013 précité, le Tribunal fédéral a retenu au sujet d'un ouvrier victime d'une chute d'une hauteur comprise entre 4 et 5 m – ayant subi une fracture du sternum, un traumatisme craniocérébral léger, des contusions et des plaies superficielles au visage, lesquelles étaient dues à la chute de quelques planches (panneaux de décoffrage) reçues sur la tête –, que le point de savoir si un accident de gravité moyenne à la limite des accidents graves était donné souffrait de rester indécis dès lors qu'aucun critère de causalité

adéquate n'était réalisé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_657/2013 du 3 juillet 2014 consid. 4.3).

4. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

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 LPG), 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).

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).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPG, 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 et les références ; 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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4).

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 (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office,

sont convaincus 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 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). 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 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

Les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance (arrêts du Tribunal fédéral U 96/05 du 20 mai 2006 consid. 3.1 et U 267/01 du 4 juin 2002 consid. 2a). En droit des assurances sociales, on applique de manière générale la règle dite des « premières déclarations ou des déclarations de la première heure », selon laquelle, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_388/2017 du 6 février 2018 consid. 4.2).

6. En l'espèce, il est rappelé que le rapport d'accident du 3 juin 2021 mentionne que le recourant est tombé le 12 mai 2021 d'une hauteur de 4 à 5 m. Dès lors que cette hauteur de chute a été déterminée à l'issue d'une enquête destinée à éclaircir les circonstances de l'événement, la position de l'intimée retenant une hauteur de 2 m sur la base du rapport du 25 mai 2021 de la Dre E_____, ne saurait être suivie. Il en va de même des déclarations du recourant faisant état d'une hauteur à 7-8 m, ces allégations ayant été formulées pour la première fois après le prononcé de la décision contestée. À ce propos, il sera également relevé que le rapport d'évaluation du 21 juin 2022 de la division réadaptation professionnelle de l'OAI, relatant un entretien ayant eu lieu en présence du recourant et de son frère, confirme une hauteur d'environ 4 à 5 mètres. L'attestation du 11 juin 2026, établie à la demande de l'intéressé et cinq ans après la survenance de l'accident, n'est pas susceptible de remettre en cause le rapport d'enquête rédigé immédiatement après la survenance du sinistre. La chambre de céans s'en tiendra donc à une valeur comprise entre 4 et 5 m. Pour le reste, le rapport du 25 mai 2021 précité de la Dre E_____ précise que le recourant a atterri sur les pieds sur un sol mou (terre), avant de subir un impact dorsal sur du béton, ce qui n'est pas contesté. En chutant de la sorte, il a subi plusieurs fractures au membre supérieur gauche (traitées de manière conservatrice par le port d'un plâtre antébrachial) et une fracture au niveau de la charnière thoraco-lombaire (D12-L1) avec tassement en D12 et éclatement incomplet en L1, traitée le 17 mai 2021 par spondylodèse de D12-L2 et implant SpineJack® en L1, sans nouvelle intervention chirurgicale par la suite. Dans son rapport du 12 décembre 2024, le

Dr M_____ a estimé, après examen de l'IRM du 4 octobre 2024 de la colonne dorsale et lombaire, qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de traitements supplémentaires une amélioration de l'état de santé du recourant et qu'ainsi, son état était stabilisé.

Sur le plan psychiatrique, ni la brève évaluation psychiatrique effectuée à la F_____, ni le rapport d'expertise du 25 septembre 2024 du Dr N_____ n'ont retenu d'atteinte à la santé psychique incapacitante. Mais ce dernier a évoqué la présence de deux diagnostics différentiels possibles, à savoir une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68) et une simulation (F68.1). En revanche, le rapport du 27 novembre 2025 des Drs R_____ et S_____, reposant sur les observations faites au cours d'un suivi commencé le 18 septembre 2025, deux mois après la décision litigieuse, fait état d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) totalement incapacitant, sans que ces deux psychiatres ne précisent si cette affection présente un lien de causalité avec l'accident du 12 mai 2021.

6.1 Bien que le recourant ne conteste pas la stabilisation de son état de santé – que l'intimée a fixée au 12 décembre 2024 sur la base des seuls aspects somatiques du cas, conformément à l'appréciation du Dr M_____ –, il convient de déterminer tout d'abord s'il y a lieu d'évaluer cette stabilisation en incluant ou en excluant les aspects psychiques.

En l'occurrence, il n'est pas allégué – pas plus qu'il ne ressort des pièces du dossier – que le recourant aurait subi un traumatisme de type « coup du lapin », un traumatisme analogue à la colonne cervicale le 12 mai 2021. Sachant au contraire qu'il ne présentait ni traumatisme crânien ni perte de connaissance et un score de 15 à l'échelle de Glasgow à cette date, l'examen de la causalité adéquate devait se faire au moment où l'on ne pouvait plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique, une amélioration de l'état de santé, soit le 12 décembre 2024, date non contestée – et non contestable – de la stabilisation du cas. Conformément à la jurisprudence, il importe donc peu qu'à cette date, la situation n'était éventuellement pas stabilisée sur le plan psychique et des éventuels troubles organiquement non objectivables puisqu'en application de la jurisprudence applicable aux troubles psychiques apparus après un accident (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa), la persistance éventuelle de tels troubles – et de leur traitement – ne constitue pas un motif de report de la clôture du cas, étant donné qu'ils ne sont pas pris en compte pour l'appréciation de la causalité adéquate dans la pratique tirée de l'ATF 115 V 133 précité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_330/2023 du 10 novembre 2023 consid. 6.5 et l'arrêt cité).

Sans manifester de désaccord sur ce dernier point, le recourant fait néanmoins valoir qu'il existerait, dans son cas, un lien de causalité adéquate entre ses troubles psychiques et l'événement du 12 mai 2021, de sorte que l'exigibilité d'une activité adaptée aurait été déterminée en faisant abstraction – à tort – des

douleurs et des troubles psychiques. Dans ces conditions, l'intimée n'aurait pas établi correctement son droit à une rente d'invalidité.

6.2 La décision litigieuse retient un accident de gravité moyenne *stricto sensu* sur la base d'une chute d'une hauteur de 2 m. Pour les raisons évoquées, il convient de s'en tenir à une chute d'une hauteur de 4 à 5 m. À la lumière de la casuistique exposée, une telle hauteur de chute a été classée tantôt dans les accidents de gravité moyenne *stricto sensu*, tantôt dans celle des accidents de gravité moyenne à la limite des accidents graves, avec une nette tendance en faveur de la première catégorie en cas d'atterrissage sur les pieds et/ou sur un sol meuble. Dans la mesure où, en l'espèce, l'énergie générée par la hauteur de chute du recourant a été en partie dissipée lors de sa réception sur un sol mou et sur les pieds, avant d'atteindre, avec une force moindre, les parties du corps lésées (dos et membre supérieur gauche : cf. rapport du 25 mai 2021 de la Dre E_____), il y a lieu de qualifier l'événement du 12 mai 2021 d'accident de gravité moyenne au sens strict. En tant qu'elle retient cette catégorie, la décision litigieuse n'apparaît pas critiquable – et n'est d'ailleurs pas critiquée.

Au moins trois des critères jurisprudentiels doivent dès lors être remplis pour que le lien de causalité adéquate soit admis, étant toutefois rappelé qu'un seul suffit s'il revêt une intensité particulière. À noter encore que seules les atteintes physiques – à l'exclusion des troubles psychiques – doivent être prises en considération lors de l'appréciation des différents critères.

6.2.1 S'agissant des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, l'examen se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances de l'espèce et non en fonction du ressenti subjectif de l'assuré, en particulier de son sentiment d'angoisse. Il faut en effet observer qu'à tout accident de gravité moyenne est associé un certain caractère impressionnant, lequel ne suffit pas pour admettre l'existence du critère en question. Il convient d'accorder à ce critère une portée moindre lorsque la personne ne se souvient pas de l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_361/2022 du 13 octobre 2022 consid. 5.3.1 et la référence). Ce critère peut être considéré comme rempli s'il existait objectivement une menace immédiate pour la vie de la personne (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2022 du 1^{er} septembre 2023 consid. 4.3 et les références).

Le Tribunal fédéral a par exemple nié que la condition du caractère impressionnant de l'accident fût remplie dans le cas d'un travailleur qui était tombé d'un élévateur d'une hauteur de 5.6 m (arrêt 8C_807/2008 du Tribunal fédéral du 15 juin 2009) ou d'un travailleur qui avait chuté d'une échelle d'une hauteur d'environ 4.5 m dans une fouille (arrêt du Tribunal fédéral U 144/05 du 27 décembre 2005).

La chambre de céans considère qu'au vu de la non-réalisation du critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère

particulièrement impressionnant de l'accident dans des cas de gravité comparable, il n'existe aucun motif d'en admettre la réalisation dans le cas d'espèce, soit pour une chute de 4 à 5 m avec réception sur le sol, dépourvue de menace immédiate pour la vie de l'intéressé.

6.2.2 Pour apprécier le critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral U 369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (arrêt du Tribunal fédéral U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). L'aspect temporel n'est pas seul décisif ; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_566/2013 du 18 août 2014 consid. 6.2.3 et les références). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêt du Tribunal fédéral 8C_361/2007 consid. 5.3 ; arrêt du Tribunal fédéral U 380/04 du 15 mars 2005 consid. 5.2.4, *in* RAMA 2005 n° U 549 p. 239). La jurisprudence a notamment nié que ce critère fût rempli pour un traitement ayant duré environ seize mois, constitué pour une large part d'ergothérapie, ce qui ne constituait pas un traitement particulièrement pénible et invasif (arrêt du Tribunal fédéral 8C_98/2015 du 18 juin 2015 consid. 4.5). Dans deux autres arrêts, le Tribunal fédéral a également refusé de retenir une durée anormalement longue des soins médicaux pour un traitement ayant duré deux ans sans être particulièrement pénible ou invasif (arrêts du Tribunal fédéral 8C_277/2019 du 22 janvier 2020 consid. 5.1 et U 37/06 du 22 février 2007 consid. 7.3).

En l'occurrence, le recourant a subi l'ensemble des interventions chirurgicales dans la semaine qui a suivi l'accident. Par la suite, il a uniquement bénéficié d'un traitement conservateur, composé de trois infiltrations en janvier - février 2022 puis de séances de physiothérapie, complétées par la prise d'antalgiques. Dans ces conditions marquées par l'absence de traitement particulièrement pénible et invasif au long cours, le critère de la durée anormalement longue du traitement médical n'apparaît pas réalisé.

6.2.3 S'agissant du critère des erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident, le recourant ne s'en prévaut pas. Par ailleurs, en l'absence d'éléments au dossier suggérant que les séquelles de l'accident auraient été aggravées par un traitement non conforme aux règles de l'art, le fait que le critère en question n'a pas été retenu par l'intimée ne prête pas le flanc à la critique. À toutes fins utiles, il sera précisé que le FBSS est associé à la persistance ou la réapparition de douleurs chroniques après une opération, et que ce diagnostic ne permet pas de conclure à erreur dans le traitement, ni même à l'existence de complications importantes.

6.2.4 En ce qui concerne le critère des difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes, il convient de préciser que ces deux aspects ne doivent pas être remplis de manière cumulative. Le critère des difficultés apparues au cours de la guérison et/ou la présence de complications importantes requiert l'existence de motifs particuliers ayant entravé la guérison. À cet égard, la prise de nombreux médicaments et la mise en œuvre de différentes thérapies ne suffisent pas pour répondre à ce critère. Il en va de même lorsqu'en dépit de thérapies régulières, il n'a été possible d'obtenir ni l'absence de symptômes ni une capacité de travail (complète) dans l'activité habituelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_252/2007 du 16 mai 2008 consid. 7.6 et les arrêts cités).

En l'occurrence, il ressort du rapport du 28 juin 2023 de la Dre I_____ que le matériel de spondylodèse était « en place et intègre » et qu'il en allait de même du matériel en surprojection du disque D12-L1. Le 26 septembre 2024, le Dr M_____ a précisé que l'état du recourant n'avait pas évolué depuis le rapport du 28 juin 2023 de la Dre I_____ ni même depuis le séjour à la F_____, si bien qu'il estimait que « tout [était] étonnant et discrédant tant l'examen algique ne [reposait] objectivement sur aucune explication rationnelle ». On précisera enfin que le rapport IRM du 4 octobre 2024 – à la suite duquel le Dr M_____ a considéré, le 12 décembre 2024, que le cas était stabilisé – n'a pas mis en lumière d'éventuelles complications, infirmant ainsi les hypothèses d'une majoration de la hernie discale D6-D7 ou d'une symptomatologie lombaire décompensée (cf. appréciation du 6 octobre 2025 du Dr M_____). Il s'ensuit que le critère des difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes n'est pas réalisé.

6.2.5 S'agissant du critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques, sa réalisation requiert d'abord l'existence de lésions physiques graves ou, s'agissant de la nature particulière des lésions physiques, d'atteintes à des organes auxquels l'homme attache normalement une importance subjective particulière (par exemple la perte d'un œil ou certains cas de mutilations à la main dominante ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.2.2, publié in SVR 2019 UV n° 27 p. 99, par renvoi à l'arrêt 8C_566/2013 du 18 août 2014 consid. 6.2.2 et la référence). Dans le cas d'un accident de la voie publique qui s'était soldé par une lésion complexe du membre inférieur droit et une entorse grave du genou gauche, le Tribunal fédéral a estimé que même si l'assuré présentait des atteintes relativement importantes à ses membres inférieurs – qui ne lui laissaient pas d'autre choix que de se déplacer à l'aide de deux béquilles, même dans son appartement –, ces atteintes ne présentaient pas une nature particulière au sens de la jurisprudence ni n'atteignaient le seuil de gravité requis. Elles n'étaient pas non plus comparables aux lésions potentiellement fatales dont il était question dans l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_398/2012 du 6 novembre 2020 – rupture de la rate,

fissure de l'estomac, hémopneumothorax bilatéral et fracture costale en série (arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 4.3.2 et les références). En revanche, dans le cas d'une assurée ayant subi des fractures de plusieurs vertèbres, lesquelles avaient nécessité trois interventions chirurgicales en l'espace d'une année, le Tribunal fédéral a estimé qu'au vu du risque important de paralysie lié à ce type de lésions de la colonne dorsale et des opérations à répétition à ce niveau, la gravité des lésions physiques subies était propre, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C_488/2011 du 19 décembre 2011 consid. 5.2).

En l'occurrence, il n'est pas contestable que le recourant a présenté une atteinte relativement grave à la colonne dorsolombaire. Cependant, dès lors que celle-ci a été traitée par voie chirurgicale en une fois, cinq jours après l'accident, sans difficultés ni complications importantes, et que le suivi médical a été surtout caractérisé par l'apparition ou l'exacerbation de lombalgies sans atteinte organique objectivable ni pathologie neurologique (cf. rapports du Dr M_____ des 26 septembre 2024 et 6 octobre 2025), la situation n'atteint objectivement pas la gravité de celle ayant fait l'objet de l'arrêt 8C_488/2011 précité. En conséquence, le critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques n'apparaît pas réalisé.

6.2.6 Pour que le critère des douleurs physiques persistantes soit rempli, il est nécessaire que celles-ci aient existé sans interruption notable durant tout le temps écoulé entre l'accident et la clôture du cas (art. 19 al. 1 LAA ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_13/2022 du 29 septembre 2022 consid. 4.4.1). L'intensité des douleurs est examinée au regard de leur crédibilité, ainsi que de l'empêchement qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_565/2022 du 23 mai 2023 consid. 4.2.7).

En l'occurrence, on rappellera que le Dr M_____ a souligné dans son rapport du 26 septembre 2024 que « tout [était] étonnant et discrédant tant l'examen algique ne [reposait] objectivement sur aucune explication rationnelle ». Dans le même sens, le rapport du 6 juillet 2022 des médecins de la F_____ a pointé des autolimitations en lien avec les douleurs et une sous-estimation, par l'intéressé, des activités à sa portée. Dans le cadre de la fixation de l'IPAI, le Dr M_____ a néanmoins estimé que l'atteinte subie à la colonne vertébrale s'accompagnait de douleurs permanentes plus ou moins intenses, également la nuit et au repos.

Dans ces conditions, la réalisation du critère des douleurs physiques persistantes apparaît incertaine. Au regard de la non-réalisation de cinq critères sur sept, la question peut en tout état demeurer indécise.

6.2.7 En ce qui concerne le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, il doit se rapporter aux seules lésions physiques et ne se mesure pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi, il n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un

certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (arrêts du Tribunal fédéral 8C_93/2022 du 19 octobre 2022 consid. 5.3 et 8C_209/2020 du 18 janvier 2021 consid. 5.2.2). Ce critère est en principe admis pour une incapacité totale de travail de près de trois ans (arrêts du Tribunal fédéral 8C_600/2020 du 3 mai 2021 consid. 4.2.4 et 8C_547/2020 du 1^{er} mars 2021 consid. 5.1), mais pas en présence d'une incapacité de travail totale d'un peu plus d'une année (arrêt du Tribunal fédéral 8C_209/2020 du 18 janvier 2021 consid. 5.2.2), d'un an et demi (arrêt du Tribunal fédéral 8C_627/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.4.5), de 20 mois (arrêt du Tribunal fédéral 8C_93/2022 du 19 octobre 2022 consid. 5.3), de 21 mois (arrêt du Tribunal fédéral 8C_600/2020 précité consid. 4.2.4) ou de deux ans et quatre mois (arrêt du Tribunal fédéral 8C_547/2020 du 1^{er} mars 2021 consid. 5.3 et 5.4).

Pour la détermination de la durée de l'incapacité de travail, la jurisprudence n'est pas constante. Alors que dans l'arrêt 8C_547/2020 précité, cette durée a été calculée en tenant compte de l'évolution jusqu'à la stabilisation du cas, le Tribunal fédéral n'a pas attendu ce moment dans un arrêt du 26 juin 2009, concernant une personne victime d'un accident en 1999, au bénéfice d'indemnités journalières entières durant près de cinq ans, correspondant à une incapacité de travail totale jusqu'en 2004 : même si l'on parlait du principe que l'assuré, qui avait participé à des courses cyclistes à partir de 2002, était apte à exercer une activité adaptée à partir de cette date, il n'en restait pas moins qu'il avait été en incapacité totale de travail pour des raisons somatiques pendant près de trois ans (« *fast drei Jahren* »). À elle seule, cette incapacité suffisait à remplir le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail pour raisons physiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C_116/2009 du 26 juin 2009 consid. 4.6).

En l'espèce, le rapport du 12 décembre 2024 – sur lequel la décision litigieuse se fonde – retient que le cas était stabilisé à cette date et que si l'ancienne activité habituelle d'aide-jardinier/jardinier n'était plus exigible, tel n'était pas le cas pour une activité légère, c'est-à-dire sans port répétitif de charges supérieures à 5-10 kg ni maintien prolongé du tronc en porte-à-faux ; une telle activité adaptée étant exigible à plein temps et sans diminution de rendement.

On constate ainsi qu'entre l'événement du 12 mai 2021 et la stabilisation du cas, ce sont trois ans et sept mois qui se sont écoulés, ce qui suffirait en soi à admettre la réalisation du critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. On relève néanmoins que les limitations fonctionnelles que ce médecin a retenues *in fine* correspondent à celles dont la F_____ avait déjà fait mention le 6 juillet 2022, quatorze mois après l'accident. En tout état, la question de la réalisation du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques peut souffrir de demeurer indécise pour les motifs déjà mentionnés.

6.3 Compte tenu de l'examen des critères de causalité adéquate qui précède, au moins cinq sur sept d'entre eux ne sont pas réalisés, ce qui ne suffit pas, en

présence d'un accident de gravité moyenne *stricto sensu*, pour établir un lien de causalité adéquate entre l'accident d'une part, et les éventuels troubles psychiques et organiquement non objectivables d'autre part. La responsabilité de l'intimée n'étant ainsi pas engagée pour ces troubles, la chambre de céans se dispensera, par appréciation anticipée des preuves de donner suite aux demandes d'instruction visant à clarifier « les interactions entre les atteintes somatiques consécutives à l'accident et les troubles psychiques ».

6.3.1 Le recourant fait néanmoins valoir que même si dans leur rapport du 17 juin 2025, le Prof. P_____ et le Dr J_____ « ne [peuvent] relater que les plaintes exprimées, la constance et la convergence de leurs observations confèrent [aux] douleurs un caractère objectivable et quantifiable, [de sorte] que la reprise d'un travail à temps plein, même adapté, ne semble donc pas imaginable ». Cet argument et les conclusions qui en sont tirées ne sauraient être suivis. On rappellera à ce sujet, que la jurisprudence qualifie d'objectivables les résultats d'examens qui sont reproductibles et indépendants de la personne qui effectue l'examen et des indications du patient. On ne peut donc parler de séquelles d'accident organiquement objectivables que lorsque les résultats obtenus ont été confirmés par des examens d'appareillage/d'imagerie et que les méthodes d'examen utilisées à cet effet sont scientifiquement reconnues. Il s'ensuit qu'il ne suffit pas, comme en l'espèce, que les médecins du recourant ne puissent « relater que les plaintes exprimées », ce que le recourant relève lui-même à juste titre.

6.3.2 Dans un deuxième moyen, le recourant relève que le Dr M_____ conclut son appréciation du 6 octobre 2025 en indiquant que « bien que le terme de [FBSS] soit plus souvent attribué à la chirurgie dorsolombaire dans [un] contexte dégénératif programmé, ce cas est assez typique de ce que l'on peut rencontrer ». Tirant argument du FBSS mentionné par le Dr M_____, le recourant soutient qu'il « s'agit précisément d'un diagnostic qui permet d'expliquer pourquoi [il] a des douleurs persistantes plus de trois années après l'opération et qui objective la douleur persistante dont il souffre ». Cette argumentation ne saurait être suivie. En effet, le Dr M_____ précise en amont que : « À l'examen [du 25 septembre 2025], il n'y avait aucune compression radiculaire d'une racine sciatique et d'éventuelles douleurs sus-jacentes au montage, d'origine neurogène, puisqu'il n'y avait aucune compression ni dégradation discales objectives au-dessus du montage. Le montage étant de qualité et morphologiquement restaurant l'anatomie sur un court segment. Ce sont les douleurs importantes qui ont créé essentiellement le niveau d'atteinte à l'intégrité à 20%. Nous rappellerons l'examen fait par le psychiatre le même jour que notre examen les incohérences qu'il a relevées, s'y référer ».

Il ressort de ces explications du Dr M_____ qu'au vu de la qualité « du montage » (*i.e.* de la spondylodèse avec implant SpineJack® en L1), la qualité de l'intervention réalisée le 17 mai 2021 n'est pas en cause et que les douleurs ne s'expliquent pas non plus par une cause neurologique vu l'absence de

compression radiculaire et discale. Ainsi, en l'absence de substrat organique objectivable, le diagnostic de FBSS n'a pas de portée spécifique et doit être relativisé, vu en particulier les incohérences entre les constatations cliniques des 25 et 26 septembre 2024 des Drs M_____ et N_____ et les plaintes algiques du recourant, le premier de ces médecins ayant constaté une validation de tous les points de Waddell ainsi qu'un examen multi-algique ne reposant sur aucune explication rationnelle, et le second « des incohérences (conséquentes) dans cette situation » (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_146/2019 du 14 mai 2019 consid. 5.2 pour un cas et une appréciation similaire).

6.4 Vu qu'en application de la jurisprudence applicable aux troubles psychiques apparus après un accident, ici déterminante, une éventuelle non-stabilisation du cas d'un point de vue psychique ne constitue pas un motif de report de la clôture du cas en l'absence de lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident, l'intimée était fondée à clore le cas le 31 janvier 2025, compte tenu de la stabilisation de celui-ci d'un point de vue somatique au moment de l'appréciation du 12 décembre 2024 du Dr M_____.

On relèvera enfin que des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité n'étaient pas en cours au 31 janvier 2025.

Vu ces éléments, l'intimée était fondée à mettre fin à la prise en charge des frais de traitement et au paiement des indemnités journalières avec effet au 31 janvier 2025.

7. Dans la mesure où le versement d'une rente d'invalidité intervient au moment où prend fin le droit à une indemnité journalière, il reste à examiner si le recourant peut prétendre à une telle rente à compter du 1^{er} février 2025.

7.1 En l'absence de causalité – à tout le moins adéquate – entre l'accident d'une part, et les troubles psychiques et organiquement non objectivables d'autre part, il n'est pas nécessaire, en l'espèce, de déterminer si le rapport du 27 novembre 2025 des Drs R_____ et S_____ est de nature à mettre en doute le rapport du 25 septembre 2024 du Dr N_____, à plus forte raison que ces deux psychiatres ont évoqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F32.1) et une incapacité de travail totale après l'état de fait déterminant – arrêté à la date de la décision litigieuse (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références) – et qu'ils font part de leur difficulté de s'exprimer sur l'évaluation du Dr N_____, effectuée un an plus tôt.

Le recourant soutient que pour l'appréciation de la capacité de travail résiduelle, l'intimée ne semblait pas intégrer l'ensemble des limitations fonctionnelles induites par les douleurs alors qu'elle aurait tenu compte de ces dernières pour fixer l'IPAI, ce qui ne serait « pas cohérent ». En tant qu'il se fonde sur une simple impression et qu'il n'est étayé par aucun avis médical contestant l'appréciation de la capacité de travail retenue sur le plan somatique/orthopédique à la lumière des troubles organiquement objectivables, cet argument n'est pas

pertinent. On relèvera au surplus que la table 7 de la SUVA prévoit des taux d'IPAI supérieurs aux 20% fixés par le Dr M_____, notamment en présence d'une « limitation fonctionnelle particulièrement importante » – facteur non retenu en l'espèce. Il s'ensuit que le reproche d'une « incohérence » tombe à faux.

Ainsi, en l'absence d'un rapport médical dissident contestant les conclusions du Dr M_____ – en fonction des seuls troubles organiquement objectivables – et d'arguments pertinents exprimés à l'encontre des rapports des 26 septembre et 12 décembre 2024 de ce médecin, les appréciations du Dr M_____ peuvent se voir reconnaître valeur probante.

7.2 En conséquence, la chambre de céans considère qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'activité de jardinier n'est plus exigible mais que dans une activité n'impliquant ni port répétitif de charges supérieures à 5-10 kg, ni maintien prolongé du tronc en porte-à-faux, la capacité de travail du recourant est entière, sans diminution de rendement.

- 8.** Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit (éventuel) à la rente, soit au 1^{er} février 2025. On précisera également que les variations enregistrées par les revenus à comparer doivent être prises en compte jusqu'à la date de la décision sur opposition (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3), en l'occurrence le 14 juillet 2025.

8.1 Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente ; des exceptions ne peuvent être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; 134 V 322 consid. 4.1 et les références).

Si la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le revenu sans invalidité doit en principe être déterminé sur la base de valeurs moyennes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_500/2020 du 1^{er} mars 2021 consid. 4.1 ; 9C_212/2015 du 9 juin 2015 consid. 5.4 et références). C'est par exemple le cas lorsque l'emploi occupé avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant pour l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral 9C_501/2013 du 28 novembre 2013 consid. 4.2 ; 9C_416/2011 du 26 janvier 2011 consid. 3.2 et la référence à l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2), lorsqu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la personne assurée aurait perdu son emploi même sans

atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2010 du 25 janvier 2011 consid. 7.2.2) ou qu'elle a déjà perdu son emploi avant l'accident (arrêt du Tribunal fédéral U 3/03 du 4 septembre 2003 consid. 6.2). Il n'en va pas autrement lorsqu'au moment de la naissance du droit à la rente, la personne assurée contre les accidents ne pourrait plus exercer son activité habituelle pour des raisons de santé étrangères à l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_41/2015 du 24 avril 2015 consid. 2.3). Autrement dit, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide (arrêts du Tribunal fédéral 8C_746/2023 du 7 juin 2024 ; 8C_259/2021 du 23 septembre 2021 consid. 3 et les références). À cette fin, la jurisprudence admet que les données salariales pertinentes ne sont pas nécessairement celles de l'ESS, mais qu'elles peuvent provenir aussi d'une CCT étendue, étant relevé que les revenus spécifiques à une branche économique y sont reproduits de manière plus précise que dans l'ESS (arrêt du Tribunal fédéral 8C_562/2023 du 29 mai 2024 consid. 4.1.2 et 4.1.3). L'utilisation des données salariales d'une CCT étendue nécessite cependant d'avoir à l'esprit que les *minima* salariaux qui y sont fixés peuvent être inférieurs dans une plus ou moins grande mesure aux salaires moyens de la branche concernée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.2). En l'absence de données salariales pertinentes dans une telle CCT, il est possible de se fonder sur les revenus statistiques de l'ESS (arrêts du Tribunal fédéral 9C_595/2010 du 14 octobre 2010 consid. 3.3 ; 9C_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.2).

Il est également possible de s'écarter du salaire réalisé en dernier lieu lorsqu'on ne peut le déterminer sûrement, notamment lorsqu'il est soumis à des fluctuations importantes ; il faut alors procéder à une moyenne des gains réalisés sur une période relativement longue (arrêts du Tribunal fédéral 8C_2/2023 du 7 septembre 2023 consid. 3.2 et les références ; 8C_157/2023 du 10 août 2023 consid. 3.2 et la référence). C'est notamment le cas si le dernier salaire obtenu avant la survenance de l'invalidité est nettement plus élevé que les salaires obtenus jusqu'alors. Dans ce cas, le dernier salaire ne peut servir de référence pour le revenu sans invalidité que s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré aurait continué à le percevoir (arrêt du Tribunal fédéral 9C_760/2015 du 21 juin 2016 consid. 3.2 et les références).

8.2 Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 143 V 295 consid. 2.2 ; 135 V 297 consid. 5.2 et les

références). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1 de l'ESS, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer la table TA1_skill_level (ATF 142 V 178). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1). La valeur statistique médiane s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3).

Toutefois, 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. Il y a en revanche lieu de se référer à la ligne « total secteur privé » lorsque l'assuré ne peut plus raisonnablement exercer son activité habituelle et qu'il est tributaire d'un nouveau domaine d'activité pour lequel l'ensemble du marché du travail est en principe disponible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_709/2023 du 8 mai 2024 consid. 6.2.1 et les références).

8.2.1 Pour les personnes assurées qui, après la survenance de l'atteinte à la santé, ne peuvent plus effectuer que des travaux légers et non exigeants sur le plan intellectuel, il convient de se baser sur le salaire mensuel brut moyen (ligne « total ») des hommes (ou des femmes) pour des activités simples et répétitives, c'est-à-dire sur le niveau de compétence 1, qui est le plus bas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_695/2015 du 19 novembre 2015 consid. 4.2 et les références).

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

8.2.2 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 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (ATF 148 V 174 consid. 6.3 ; 146 V 16 consid. 4.1 et ss. et les références). 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).

9. En l'espèce, l'intimée a fixé le degré d'invalidité du recourant à 4% en 2025 sur la base du raisonnement et des calculs suivants :

Elle a déterminé le revenu avec invalidité sur la base de l'ESS, plus précisément en se référant à la table TA1 (tirage « *skill level* »), secteur privé, tous secteurs confondus (ligne « total »). Selon cette statistique, un homme pouvait réaliser, dans une activité simple et répétitive (niveau 1), un revenu mensuel de CHF 5'305.- selon l'ESS 2022, soit CHF 63'660.- par année. En tenant compte de la durée hebdomadaire normale de travail s'élevant à 41.7 heures, le revenu avec invalidité se montait à CHF 66'365.55 par année ($\text{CHF } 63'660.- \times 41.7 / 40 = \text{CHF } 66'365.55$), ce qui représentait CHF 67'493.76 en 2023, CHF 68'303.69 en 2024 et CHF 69'123.33 en 2025, vu la hausse des salaires nominaux pour les hommes, s'établissant à 1.7% en 2023, 1.2% en 2024 (ISS ; T1.1.10) et à 1.2%

en 2025, selon l'estimation trimestrielle disponible au moment de la décision litigieuse. En accordant en sus un abattement de 10% au titre des limitations fonctionnelles, le revenu avec invalidité se montait à CHF 62'211.- (soit CHF 69'123.33 sous déduction de 10% de ce montant).

S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimée l'a d'abord fixé en fonction du revenu du recourant inscrit dans son CI pour l'année 2020, adapté à l'évolution de l'ISS jusqu'en 2025 (cf. décision du 8 mai 2025). En revanche, dans la décision litigieuse, l'intimée a remplacé le montant de CHF 66'740.55 initialement retenu par celui, plus faible, de CHF 64'545.- ressortant de la CCT du secteur des parcs et jardins, des pépinières et de l'arboriculture, étendue par arrêté du Conseil d'État du 1^{er} février 2023 (ci-après : CCT des parcs et jardins). Elle a considéré qu'en qualité d'aide jardinier bénéficiant de plus de trois années de pratique, le recourant pouvait bénéficier d'un revenu minimal de CHF 4'965.-, versé en treize mensualités, correspondant à CHF 64'545.- selon la grille salariale en vigueur pour l'année 2025.

En comparant le revenu avec invalidité (CHF 62'211.-) au revenu sans invalidité (CHF 64'545.-), la perte de gain était de CHF 2'334.- et le degré d'invalidité de 3.62% [soit : $(64'545 - 62'211) \times 100 / 64'545 = 3.62\%$, arrondi à 4%].

9.1 Concernant tout d'abord la date de la comparaison des revenus (2025), la chambre de céans constate qu'elle est correcte dès lors qu'elle correspond à l'année de naissance d'une éventuelle rente.

9.2 Quant au revenu avec invalidité, il n'apparaît pas critiquable non plus en tant qu'il se fonde sur la table TA1 (tirage « *skill level* »), secteur privé, tous secteurs confondus (ligne « total »). Il en va *a priori* de même de l'abattement de 10% accordé en fonction des limitations fonctionnelles retenues par le Dr M_____ « et de la situation de l'assuré ». À cet égard, la chambre de céans constate que le point de savoir si une situation irrégulière en Suisse – comme en l'espèce – et le désavantage salarial statistique qui en découle (cf. ESS 2022, tableau T12_b) sont de nature à justifier un abattement a déjà été tranchée négativement par le Tribunal fédéral dans un arrêt 8C_734/2023 du 25 juillet 2024, refusant de prendre en compte l'absence d'autorisation de séjour en Suisse (cf. consid. 5.3.2). Même si le recourant ne compte pas d'années de service – et donc d'expérience – dans une activité autre que celle d'aide-jardinier, qu'il ne peut plus exercer, il n'en demeure pas moins que les années de service n'ont guère d'importance dans les activités du niveau de qualification 4 (jusqu'à l'ESS 2010) ou du niveau de compétences 1 (dès l'ESS 2012) ici déterminant (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_883/2015, 8C_884/2015 du 21 octobre 2016 consid. 6.3.2 ; David IONTA, Revenu d'invalidé selon l'ESS – une mise à jour, in Jusletter du 21 novembre 2022, p. 56). Enfin, dans la mesure où le recourant dispose d'une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée, sans diminution de rendement, on ne voit guère en quoi les limitations impliquant l'absence de port répétitif de charges supérieures à 5-10 kg et de maintien prolongé du tronc en

porte-à-faux entraveraient de manière significative sa capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une activité simple et légère. À l'examen de l'ensemble des facteurs entrant en considération, un abattement supérieur à celui de 10% accordé n'apparaît donc pas justifié.

La détermination du revenu sans invalidité appelle les observations suivantes : il ressort en l'espèce du CI que le revenu du recourant, réalisé exclusivement auprès du même employeur, a connu d'importantes fluctuations, passant de CHF 24'700.- en 2017 à CHF 59'000.- en 2018, CHF 52'000.- en 2019, CHF 63'765.- en 2020 et CHF 28'959.- en 2021, correspondant, pour cette dernière année, à un revenu annualisé de CHF 79'800.- selon les fiches de salaire couvrant la période du 1^{er} janvier au 11 mai (CHF 6'650.- par mois, part du 13^e salaire comprise). Dans ces conditions, il n'y pas lieu d'appliquer un salaire fictif issu de la CCT des parcs et jardins, contrairement à ce qui a été effectué par l'intimée dans la décision litigieuse, mais il convient de se fonder sur le revenu effectivement réalisé, lequel correspond généralement au dernier salaire perçu avant la survenance de l'atteinte à la santé. Toutefois, il est rappelé que lorsque le dernier salaire perçu est soumis à des fluctuations importantes, il faut procéder à une moyenne des gains réalisés sur une période relativement longue, et que si le dernier salaire obtenu avant la survenance de l'invalidité est nettement plus élevé que les salaires obtenus jusqu'alors, il ne peut servir de référence que s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré aurait continué à le percevoir.

En l'occurrence, il sied de relever à titre liminaire que le recourant ne disposait toujours d'aucun compte bancaire ou postal début 2022 (*cf.* dossier AI, doc. 14, p. 138) et qu'il n'est pas contesté que son salaire lui était remis de la main à la main. En revanche, contrairement à ce que l'intéressé a déclaré à l'audience du 9 juin 2026, l'employeur a expressément réfuté la signature de reçus, précisant qu'ils étaient « une famille ». De plus, le montant ressortant des fiches de salaire des années 2018 et 2019 (douze mensualités de CHF 5'259.42 pour un revenu annuel de CHF 63'113.04 en 2018 ; douze mensualités de CHF 5'286.50 correspondant à un revenu annuel de CHF 63'438.- en 2019) est inférieur au montant prévu au contrat du 30 janvier 2019, prenant effet le 1^{er} février 2019 (CHF 5'416.50, soit CHF 5'000.- et 8.33% de ce montant à titre de treizième salaire), et bien supérieur aux montants inscrits au CI (CHF 59'000.- en 2018 et CHF 52'000.- en 2019). En outre, l'existence d'un salaire fixe est contredite par les déclarations du recourant devant la chambre de céans, lequel a affirmé que les importantes fluctuations de son salaire entre 2017 et 2021 qui ressortaient du CI étaient dues à l'activité exercée, ajoutant qu'il ne travaillait pas à 100% mais sur appel, qu'il était payé à l'heure selon le taux fixe, et qu'il n'y avait pas eu, selon lui, de changement du salaire horaire. À cet égard, l'employeur s'est contredit en déclarant que les fluctuations de salaire s'expliquaient par le travail qu'ils avaient à faire et par le fait que le recourant n'avait pas de salaire fixe avant 2021, puis en indiquant que l'intéressé avait un salaire fixe avant 2021 et n'était pas payé à

l'heure. Par ailleurs, l'employeur a affirmé avoir été contraint de revoir à la baisse les salaires de ses employés en 2019 durant son incapacité de travail, alors que les fiches de salaire qu'il a produites le 22 juin 2026 suggèrent au contraire une augmentation de salaire du recourant en 2019 (douze mensualités de CHF 5'286.50 correspondant à un revenu annuel de CHF 63'438.-). Par surabondance, il sera encore relevé que les déclarations de l'employeur selon lesquelles il avait eu beaucoup de travail en 2021, ce qui lui avait permis d'augmenter le salaire de ses employés, apparaissent plus que douteuses. Non seulement le recourant n'a pas été remplacé après son accident, et l'employeur n'a dû sous-traiter les tâches d'élagage qu'environ deux ou trois fois selon ses estimations. Mais il ressort en outre de la notice téléphonique de l'intimée produite le 6 juillet 2026 que l'employeur avait demandé, le 3 mars 2021, des plans de paiement pour s'acquitter de la facture définitive de 2020 et de la facture provisoire de 2021.

Dans ces conditions, le revenu déclaré pour l'année 2021 ne saurait en aucun cas être retenu à titre de salaire sans invalidité et il convient de procéder à une moyenne des gains réalisés sur une période relativement longue. Étant donné que c'est à partir de 2018 que le recourant a atteint une fourchette de rémunération représentative de ce qu'elle était avant l'accident, la chambre de céans prendra en compte la période s'étendant de 2018 à 2021, ce qui est clairement avantageux au recourant dès lors que cette fourchette inclut le revenu de 2021 qui est sujet à caution.

Le CI mentionnant des revenus de CHF 59'000.- en 2018, CHF 52'000.- en 2019, CHF 63'765.- en 2020 et CHF 28'959.- en 2021 (à savoir un montant annualisé de CHF 79'800.-, soit une moyenne de CHF 63'641.25). Toutefois, dans la mesure où les revenus n'ont pas été réalisés au cours de la même année, un traitement différencié s'impose sous l'angle de l'ISS jusqu'à la naissance de l'éventuelle rente d'invalidité en 2025. Compte tenu des ISS de 104.0 pour 2018, 104.3 pour 2019, 105.1 pour 2020, 105.5 pour 2021 et de 108.7 pour 2024 (table T1.1.10, ligne 77-82), et de l'estimation trimestrielle de 1.2% pour 2025, il en résulte des revenus de CHF 62'406.33 pour 2018, CHF 54'843.99 pour 2019, CHF 66'740.52 pour 2020 et CHF 83'207.11 pour 2021, soit un revenu moyen déterminant de CHF 66'799.48 en 2025.

9.3 En comparant le revenu avec invalidité (CHF 62'211.-) au revenu sans invalidité (CHF 66'799.48, arrondi à CHF 66'799.-) la perte de gain s'élève à CHF 4'588.- et le degré d'invalidité à 6.86%, arrondi à 7% (ATF 130 V 121 consid. 3.2), ce qui reste insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité.

À cet égard, la décision litigieuse apparaît donc correcte dans son résultat.

- 10.** Il reste à examiner si le recourant peut prétendre à une IPAI.
- 11.** Selon l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à

une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 ; OLAA - RS 832.202).

D'après l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité.

Selon l'art. 36 al. 4 OLAA, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité. Une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible.

11.1 L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 29). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence, etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (Jean-Maurice FRÉSARD / Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in : *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht* (SBVR), 2016, n. 311). En cela, elle se distingue de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; RAMA 2004 n° U 514 p. 415, U 134/03 consid. 5.2 ; RAMA 2000 n° U 362 p. 41).

Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel – anatomique ou fonctionnel –, mental ou psychique (Alfred MAURER, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, 1985, p. 414). La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales (SVR 2009 UV n° 27 p. 97, 8C_459/2008, consid. 2.3 ; cf. aussi Thomas FREI, *Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung*, 1998, p. 41). L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une

part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *op. cit.* n. 317).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b ; 124 V 209 consid. 4a/bb ; 113 V 218 consid. 2a) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence ; aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2).

La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; 116 V 156 consid. 3a ; RAMA 1998 n° U 296 p. 235).

11.2 Selon l'annexe 3 à l'OLAA, une atteinte très grave et douloureuse au fonctionnement de la colonne vertébrale correspond à une IPAI de 50%. Affinant cette évaluation, la table 7 de la SUVA, traitant de l'atteinte à l'intégrité résultant d'affections de la colonne vertébrale, distingue cinq catégories d'atteintes, le taux d'IPAI prévu pour chaque catégorie dépendant chaque fois de deux paramètres, l'ampleur de la déformation ou de l'augmentation de certains facteurs d'une part et l'appréciation des douleurs fonctionnelles d'autre part.

12. Dans son avis du 12 décembre 2024, le Dr M_____ s'est référé à la première ligne de la table 7 (« fractures cervicales, dorsales ou lombaires, y compris spondylodèse, cyphose ou scoliose ») qui prévoit une IPAI de 10 à 20% lorsque la déformation atteint 10° et que l'atteinte est accompagnée de douleurs permanentes plus ou moins intenses, également la nuit et au repos. Faisant sienne cette appréciation, l'intimée a octroyé au recourant une IPAI de 20%.

Le recourant allègue que le taux de 20% retenu serait insuffisant et ne refléterait pas l'ampleur réelle des séquelles physiques, compte tenu du rapport du 28 juin 2023 de la Dre I_____, et du rapport du 17 juin 2025, établi conjointement par le Prof. P_____ et le Dr J_____. Il soutient plus précisément que la déformation serait supérieure à « 20% » et qu'il existerait également une perte de hauteur de 8%.

La chambre de céans constate que la Dre I_____, le Prof. P_____ et le Dr J_____ ne traitent pas spécifiquement de la question de l'IPAI et que dans son

appréciation du 6 octobre 2025, le Dr M_____ maintient le taux d'IPAI à 20% après avoir discuté les rapports des 28 juin 2023 et 17 juin 2025. En examinant le rapport du 28 juin 2023 de la Dre I_____, on retrouve une partie des données chiffrées mentionnées par le recourant (20°, 8%). On rappellera toutefois que la fixation de l'IPAI dépend uniquement de constatations médicales, de sorte que l'utilisation des données chiffrées du rapport de la Dre I_____ du 28 juin 2023 par le recourant lui-même, sans connaissance ni démonstration de leur pertinence au regard de la table 7 précitée, n'est pas de nature à mettre en doute l'appréciation du 12 décembre 2024 du Dr M_____. Aussi l'intimée était-elle fondée à fixer l'IPAI à 20% sur cette base.

13. Il s'ensuit que le recours ne peut qu'être rejeté.

La procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario*).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. 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

Laurine CHAPUIS

Joanna JODRY

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