RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3697/2021 **ATAS/884/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 octobre 2022

9ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o M. B_____, _____, à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Catarina MONTEIRO SANTOS	recourant
contre	
Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jeanne-Marie MONNEY	intimée

Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Andres PEREZ, Michael RUDERMANN , Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), de nationalité portugaise, est né le _____1976. Il est marié et père de trois enfants d'une première union. Il est au bénéfice d'un permis d'établissement et réside dans le canton de Genève.

b. L'assuré n'est pas titulaire d'un certificat fédéral de capacité (ci-après : CFC), mais dispose de plusieurs années d'expérience en tant que plâtrier-peintre.

c. Du 28 septembre 2015 au 30 avril 2016, il a travaillé en qualité de plâtrier-peintre pour C_____, entreprise individuelle de peinture et de pose de papiers peints, qui a cessé son activité au 3 avril 2017. L'assuré travaillait 42 heures hebdomadaires pour un salaire horaire de CHF 30.30. Le contrat a été résilié par l'employeur en lien avec une restructuration. Suite à quoi, l'assuré s'est inscrit au chômage. Au mois d'août 2016, l'assuré a réalisé une mission temporaire de 123 heures, payée CHF 31.89 de l'heure (treizième salaire compris) pour D_____ SA (société désormais en liquidation).

d. Au cours de l'année 2016, le revenu de l'assuré soumis à cotisations AVS s'est élevé à CHF 51'504.-. Pour la période du 1er janvier au 30 juin 2017, il s'est élevé à CHF 35'019.-.

B. **a.** Le 30 juin 2017, l'assuré a été victime d'un accident de la route dans le tunnel de Saconnex-d'Arve sur l'autoroute A1. Alors qu'il se trouvait dans ce tunnel, son motocycle est tombé en panne d'essence et a vu sa vitesse décroître rapidement. Le conducteur d'une dépanneuse qui se trouvait immédiatement derrière lui a alors tenté et réussi une manœuvre de freinage d'urgence. En revanche, tel n'a pas été le cas du conducteur du camion qui se trouvait derrière cette dépanneuse, lequel a percuté l'arrière de celle-ci. Par effet domino, l'assuré et son deux-roues ont alors été projetés sur la chaussée sur environ huit mètres. Cet évènement a fait l'objet d'un arrêt AARP/1_____/2020 du 20 novembre 2020 de la Chambre pénale d'appel et de révision de la Cour de justice.

b. L'évènement du 30 juin 2017 a entrainé une fracture type C (classification de Danis-Weber) de la cheville gauche de l'assuré, lequel a été amené aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Cette atteinte a fait l'objet d'une opération chirurgicale le 6 juillet 2017. L'assuré a pu rentrer chez lui le lendemain.

c. Le docteur E_____, médecin spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a établi le 15 août 2017 que celui-ci était en incapacité totale de travail depuis le 30 juin 2017 jusqu'à la mi-octobre 2017 à tout le moins.

C. **a.** L'assuré a déclaré son sinistre à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) par formulaire daté du 25 août 2017. La CNA a alors commencé à verser des indemnités journalières.

b. Dans un rapport médical intermédiaire daté du 10 novembre 2017, le Dr E_____ a relevé que l'évolution de l'état de santé de l'assuré était lente mais positive. Il pronostiquait un retour à une capacité de travail au début de l'année 2018.

c. Dans un second rapport intermédiaire daté du 11 janvier 2018, le Dr E_____ a révisé sa position et jugé que le pronostic de l'assuré était désormais réservé. Les troubles médicaux n'étaient pas stabilisés et il n'était pas possible de prévoir une date de reprise probable du travail. Il a maintenu cette appréciation dans un troisième rapport intermédiaire daté du 17 avril 2018 et a suggéré un séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR).

d. L'assuré a séjourné à la CRR du 13 juin au 11 juillet 2018. Sur la base de divers examens réalisés pendant ce séjour, et notamment d'une consultation auprès du docteur F_____, médecin spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le docteur G_____, médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation, et la doctoresse H_____, médecin-assistante, ont rendu un rapport daté du 20 juillet 2018. Ces médecins ont diagnostiqué que l'assuré souffrait des suites de sa facture type C à la cheville gauche et n'ont pas relevé de troubles mentaux ni de trouble du comportement. Les limitations fonctionnelles de l'assuré causées par son atteinte à la cheville gauche étaient l'absence de position contraignante pour la cheville, notamment d'accroupissements et d'agenouillements, l'absence de montées et descentes répétitives d'escaliers et d'échelles, l'absence de marches prolongées, surtout en terrain irrégulier, et l'absence de port de charges entre 15 et 25 kg de manière répétitive. La situation était pratiquement stabilisée du point de vue du trouble médical et des limitations fonctionnelles qui en résultent, avec une stabilisation définitive attendue dans un délai d'un à trois mois. Le Dr G_____ et la Dresse H_____ ont retenu une incapacité totale de travail jusqu'au 10 août 2018 en tout et noté qu'une réinsertion dans le domaine de la peinture devait être favorisée, mais qu'une capacité de travail entière pourrait être attendue dans le futur dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles susmentionnées.

e. Dans un nouveau rapport intermédiaire daté du 15 octobre 2018, le Dr E_____ a noté que l'évolution médicale de l'assuré était très lente. Il n'a pas émis de pronostic sur le retour à une capacité de travail partielle ou totale.

f. Dans un rapport interne daté du 14 mai 2019, le docteur I_____, médecin spécialiste FMH en anesthésiologie aux HUG, a diagnostiqué un potentiel syndrome douloureux régional complexe (CPRS) à la cheville gauche de l'assuré, les critères diagnostics dit « de Budapest » étant remplis. Le Dr I_____ a en outre requis une évaluation psychiatrique.

g. Dans un rapport daté du 18 septembre 2019, la doctoresse J_____, médecin aux HUG, a relevé que l'assuré ne présentait pas d'éléments en faveur d'une

décompensation psychiatrique franche mais a conseillé la mise en place d'un suivi psychothérapeutique.

h. Dans un avis daté du 29 novembre 2019, le docteur K_____, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA, a jugé qu'il n'existait objectivement aucun signe d'un syndrome douloureux régional complexe et que les conclusions du rapport de la CRR étaient toujours d'actualité. L'état de l'assuré était stabilisé et sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée. Un droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité n'était pas fondé en l'état mais devrait être réévalué à l'avenir en fonction de l'évolution arthrosique dans la tibio-tarsienne.

i. Dans un rapport intermédiaire daté du 10 février 2020, le Dr E_____ a noté que l'assuré était en attente d'une nouvelle opération de la cheville et que son état de santé devrait être réévalué suite à cette opération. Il estimait que le traitement de l'assuré durerait encore probablement six mois.

j. Dans un rapport daté du 10 février 2020, la doctoresse L_____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie, et psychothérapie et psychiatre traitant de l'assuré, et le docteur M_____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu que l'assuré souffrait d'un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (code F32.2 de la Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes, 10ème édition [ci-après : CIM-10]), d'un état de stress post-traumatique (code F43.1 CIM-10), ainsi que d'une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0 CIM-10), seuls les deux premiers ayant une influence sur sa capacité de travail. L'assuré n'avait qu'une capacité de travail très limitée entre juillet et novembre 2019, et une capacité de travail nulle depuis décembre 2019.

k. Le 20 février 2020, l'assuré a été opéré aux HUG. Le matériel d'ostéosynthèse qui avait été introduit dans son pied gauche le 6 juillet 2017 a été retiré.

l. Dans un « avis médical » daté du 14 avril 2020, la doctoresse N_____, médecin spécialiste FMH en médecine interne générale travaillant auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a jugé que l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé, tant sur le plan orthopédique que sur le plan psychiatrique.

m. Dans un rapport destiné à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) daté du 9 juin 2020, la doctoresse O_____, médecin interne au sein du Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a jugé que l'état de santé de l'assuré n'était pas encore stabilisé, en lien avec son opération du 20 février 2020.

n. Dans un rapport du 22 juin 2020, le docteur P_____, médecin interne au sein du Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des

HUG, a relevé que l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé et que la durée prévisible des traitements futurs était indéterminée.

o. Dans un avis daté du 23 octobre 2020, le Dr K_____ a examiné les nouveaux éléments présents à la procédure et a maintenu son appréciation du 29 novembre 2019. Il a notamment considéré que l'état de santé de l'assuré n'avait pas évolué depuis sa première appréciation du 29 novembre 2019.

p. Par courrier daté du 23 novembre 2020, la CNA a annoncé à l'assuré qu'elle comptait mettre fin au paiement des indemnités journalières et à la prise en charge des soins médicaux au 31 janvier 2021, et qu'elle allait examiner son droit à une rente d'invalidité. Elle considérait que l'assuré était entièrement incapable de travailler jusqu'à cette date.

q. Dans un rapport du 5 janvier 2021, le docteur Q_____, médecin spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation aux HUG, a retenu que l'assuré ne souffrait pas d'un syndrome douloureux régional complexe à la cheville gauche. Il relevait en outre les limitations fonctionnelles suivantes pour l'assuré : pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de position accroupie, pas de marche sur des terrains variés et pas d'usage d'escaliers. De plus, un travail en position assise uniquement, ou en position mixte était indiqué.

r. Dans un rapport intermédiaire daté du 22 février 2021, le Dr E_____ a noté que l'assuré était entièrement capable de travailler en tout cas dans une activité assise, tout activité debout étant à éviter.

D. **a.** Par décision du 12 mars 2021, la CNA a considéré que le cas de l'assuré devait être stabilisé au 31 janvier 2021, comme annoncé dans sa lettre du 23 novembre 2020. L'assuré n'avait pas le droit à une rente d'invalidité ni à une indemnité pour atteinte à l'intégrité en lien avec l'évènement du 30 juin 2017 et ses éventuels problèmes psychiques, faute de relation adéquate entre le premier et les seconds. S'agissant de l'atteinte à sa cheville gauche, il n'y avait pas non plus lieu d'octroyer une rente, dès lors que le degré d'invalidité du recourant était nul. Enfin, un droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité en lien avec le trouble à la cheville gauche était nié faute d'atteinte durable importante.

b. L'assuré a formé opposition contre cette décision par courrier du 15 avril 2021.

c. En date du 9 juillet 2021, la doctoresse R_____, médecin spécialiste en neurochirurgie et médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport d'expertise requis par l'OAI dans la procédure parallèle relevant de l'assurance-invalidité. Elle a considéré que, sur le plan psychique, l'assuré souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (code F33.0 CIM-10). Elle relevait en outre des facteurs psychologiques et comportementaux associés à des maladies ou des troubles classés ailleurs (code F54 CIM-10) en lien avec l'évènement du 30 juin 2017, et une accentuation de certains traits de la personnalité (code Z73.1 CIM-10), sous la forme d'une personnalité labile de type impulsive et anxieuse. Aucun de ces diagnostics n'engendrait des limitations

fonctionnelles significatives objectivables chez le recourant et n'avait donc d'influence sur la capacité de travail du recourant. Sur le plan psychiatrique, celle-ci était entière depuis juillet 2019.

d. Dans un rapport du 24 juillet 2021, le docteur S_____, médecin spécialiste FMH en médecine interne générale travaillant pour le SMR, a retenu que, sur la base du rapport de la Dresse R_____ du 9 juillet 2021, du rapport du Dr E_____ du 22 février 2021 et de l'avis du Dr K_____ du 23 octobre 2020, il fallait considérer que la capacité de travail de l'assuré était de 100 % dans une activité adaptée au plus tard au 23 octobre 2020.

e. Par décision datée du 26 juillet 2021, l'OAI a octroyé une rente entière d'invalidité à l'assuré pour la période du 1er juillet 2018 au 31 janvier 2021 inclus et a rejeté tout droit à des mesures professionnelles.

f. Par décision sur opposition datée du 27 septembre 2021, la CNA a maintenu le dispositif de sa décision du 12 mars 2021 dans son intégralité.

E. **a.** Par acte du 28 octobre 2021, l'assuré a recouru contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans), concluant à son annulation et au renvoi de la cause à la CNA sous suite de frais et dépens. L'assuré a en outre conclu à diverses mesures d'instruction, dont l'apport du dossier AI, l'audition de différents médecins et la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire.

En substance, le recourant conteste que la situation soit stabilisée. Il ajoute que ses troubles psychiatriques doivent être pris en compte par l'intimée. Il considère en outre que sa capacité de travail actuelle dans toute activité est nulle. Par ailleurs, il y aurait lieu de tenir compte d'un abattement sur le salaire statistique pour calculer son taux d'invalidité.

b. Par réponse du 27 janvier 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a précisé qu'elle considérait les mesures d'instruction proposées par le recourant comme inutiles, la cause ayant été instruite à satisfaction.

c. Le recourant a répliqué le 5 avril 2022 en maintenant ses conclusions.

d. La chambre de céans a ordonné la production du dossier de l'assurance-invalidité par ordonnance du 8 avril 2022.

e. Par courrier du 23 juin 2022, le recourant a produit un rapport complémentaire du Dr M_____ daté du 24 mai 2022 dans lequel celui-ci maintenait la position déjà exprimée dans son rapport du 10 février 2020, en particulier que le recourant était incapable de travailler dans toute activité.

f. L'intimée a dupliqué le 25 juillet 2022, reprenant l'argumentation développée dans sa réponse.

EN DROIT

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

Selon l'art. 58 al. 1 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré au moment du dépôt du recours.

L'assuré étant domicilié dans le canton de Genève, la compétence de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans le délai de recours de trente jours (cf. art. 60 al. 1 LPGA) et dans les formes prévues par la loi (cf. art 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), le recours est recevable.

3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

3.1 Dans ses conclusions, le recourant conclut uniquement à l'annulation de la décision sur opposition de l'intimée et au renvoi de la cause à celle-ci « dans le sens des considérants », alors même que le recours à un tribunal social est un moyen de droit de nature en principe réformatoire (cf. art. 61 let. d LPGA).

On comprend toutefois de sa motivation que le recourant considère d'une part que l'intimée a écarté à tort l'existence de troubles psychiatriques en lien avec l'évènement du 30 juin 2017 et, d'autre part, que son état n'est pas suffisamment stabilisé pour qu'elle soit en mesure de statuer sur son droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. À titre subsidiaire, le recourant critique l'appréciation de l'intimée selon laquelle il serait entièrement capable de travailler dans une activité adaptée, considérant au contraire qu'il est totalement incapable de travailler dans toute activité. Enfin, à titre encore plus subsidiaire, le recourant conteste l'absence d'abattement sur le salaire statistique retenu par l'autorité pour fixer son revenu (hypothétique) d'invalide.

3.2 Selon l'intimée, les critères permettant de retenir l'existence d'une causalité adéquate entre une éventuelle atteinte psychiatrique du recourant et l'évènement du 30 juin 2017 font défaut. Il n'y a donc pas lieu de tenir compte d'une telle atteinte pour déterminer si le recourant a droit à des prestations. Ensuite, aucun élément médical ne permettrait de remettre en question l'opinion du Dr K_____ selon laquelle le recourant est entièrement capable de travailler et que son état de santé ne justifie pas l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. S'agissant enfin du calcul du degré d'invalidité, il est conforme à la jurisprudence du Tribunal fédéral selon laquelle les emplois de catégorie 1 permettent d'exercer un emploi avec des limitations fonctionnelles du type de celles qui affectent l'assuré

sans perte de rendement. Le fait que l'OAI ait retenu un abattement de 10 % dans la procédure parallèle concernant l'assurance-invalidité ne lie par ailleurs pas l'intimée.

4. Le recourant requiert diverses mesures d'instruction.

4.1 Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical ne peut être élucidé que par ce biais ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante ; un renvoi à l'administration reste cependant possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée jusqu'alors non instruite (ATF 139 V 99 consid. 1.1 ; ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 [applicable en matière d'assurance-accidents selon l'ATF 138 V 318 consid. 6.2.1 et 6.2.2] ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_354/2020 du 8 septembre 2020 consid. 2.1 ; 8C_503/2019 du 19 décembre 2019 consid. 2.1).

4.2 En l'espèce, le recourant requiert son audition, ainsi que celle de divers médecins (notamment sa psychiatre traitante et son médecin traitant) sans expliquer dans sa motivation en quoi ces auditions seraient utiles à l'établissement correct des faits.

Quoi qu'il en soit, ces auditions ne paraissent pas de nature à modifier l'appréciation des preuves réalisée par la chambre de céans, en ce qui concerne la question de la prise en compte des problèmes psychiatriques allégués du recourant par l'intimée. Il en va de même de la conclusion de l'assuré visant à sa mise au bénéfice d'une rente d'invalidité. S'agissant enfin du potentiel droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'audition de ses médecins traitants sans connaissances spécifiques en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur n'apparait pas non plus de nature à clarifier adéquatement la question.

En ce qui concerne l'expertise judiciaire bidisciplinaire requise par le recourant, il n'y a pas lieu de la mettre en œuvre dès lors que les conditions d'un renvoi à l'autorité intimée pour instruction complémentaire sont remplies, comme on le verra plus bas.

5. En premier lieu, il convient de déterminer si les troubles psychiatriques dont se plaint le recourant doivent entrer en considération dans l'examen de ses prétentions envers l'intimée, soit de savoir si ces troubles ont été causés par l'évènement du 30 juin 2017.

5.1 Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel ou non professionnel. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend ainsi à toutes les conséquences des atteintes à la santé qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquat avec un évènement accidentel (ATF 147 V 207 consid. 6.1 ; ATF 146 V 51 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_114/2021 du 14 juillet 2021 consid. 2.2).

5.2 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 (condition sine qua non) ; il n'est pas en revanche pas nécessaire que l'évènement accidentel en cause soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; ATF 146 V 51 consid. 5.1 ; ATF 142 V 435 consid. 1).

5.3 Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'évènement accidentel et l'atteinte à la santé subie par l'assuré ; un tel lien existe 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 (ATF 129 V 402 consid. 2.2 ; ATF 129 V 177 consid. 3.2).

Toutefois, lorsqu'une atteinte à la santé résulte d'un trouble de nature psychiatrique, le Tribunal fédéral a développé une jurisprudence spécifique dite « psychopraxis » et inaugurée par l'ATF 115 V 133. Selon cette jurisprudence, il convient en premier lieu de classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement ; les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves ; 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 d'examiner le déroulement des évènements qui saute aux yeux et les forces s'exerçant à cette occasion (ATF 140 V 356 consid. 5.1). En présence d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, un lien de causalité adéquate doit, en règle générale, être nié, tandis qu'en principe il doit être admis en cas d'accident grave.

Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité se situant entre ces deux extrêmes, il faut prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_566/2019 du 27 novembre 2020 consid. 3.2) :

(1) les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident, peu importe la perception subjective de l'assuré (ATF 140 V 356 consid. 5.6.1) ; (2) la gravité ou la nature particulière des lésions, étant précisé que ce critère fait référence aux lésions qui sont propres selon l'expérience de la vie à entrainer des troubles psychiques, soit en raison de leur gravité, soit en raison de l'importance sociale particulière de l'organe touché (arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 4.3.2) ; (3) la durée anormalement longue du traitement médical, qui ne

saurait plus être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement stricto sensu, mais implique l'existence de traitements continus spécifiques et lourds (ATF 148 V 138 consid. 5.3.1 ; ATF 140 V 356 consid. 5.6.2) ; (4) les douleurs persistantes, qui doivent être importantes, sans interruption et crédibles en regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours ; (5) d'éventuelles erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; (6) les difficultés particulières apparues au cours de la guérison, notamment des complications importantes ; (7) le degré et la durée de l'incapacité de travail causée par les lésions physiques issues de l'accident, ce critère ne se mesurant pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré, mais en tenant compte de la possibilité d'exercer une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente ; ce critère est en principe rempli en cas d'incapacité de travail complète pendant trois ans (arrêts du Tribunal fédéral 8C_600/2020 du 3 mai 2021 consid. 4.2.4 ; 8C_547/2020 du 1er mars 2021 consid. 5.1).

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise ; un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves (arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2022 du 23 mai 2022 [destiné à la publication aux ATF] consid. 4.4.1). Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 407 consid. 4.4.1 ; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb). En présence d'un accident de gravité moyenne trois critères sur sept doivent être remplis, ou alors un seul mais de façon particulièrement marquante (ATF 148 V 138 consid. 5.4 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_600/2020 du 3 mai 2021 consid. 3.3 ; 8C_566/2019 du 27 novembre 2020 consid. 3.3).

6.

6.1 En l'espèce, les psychiatres traitants du recourant affirment que celui-ci souffre d'un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (code F32 CIM-10]) et d'un état de stress post-traumatique (code F43.1 CIM-10) causé par l'évènement du 30 juin 2017. Il s'agit là de troubles de nature purement psychiatrique. Cela implique d'examiner l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet évènement et la survenance de ces troubles à l'aune des critères de la jurisprudence précitée.

6.2

6.2.1 En l'occurrence, alors qu'il circulait au volant de son motocycle le 30 juin 2017, le recourant a été projeté sur la chaussée dans un tunnel suite à un carambolage de véhicules motorisés. L'évènement s'est certes produit sur l'autoroute, mais les véhicules en cause ont eu le temps de freiner sur plusieurs dizaines de mètres (33.5 mètres pour la dépanneuse et 54 mètres pour le camion

situé derrière elle). L'énergie impliquée dans ledit évènement n'est donc pas comparable à celle développée lors d'un choc direct entre un cycle et un véhicule à moteur avec projection à plusieurs dizaines de mètres, évènements accidentels qui sont considérées comme de gravité moyenne à la limite de grave (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_196/2016 du 9 février 2017 consid. 3.3.2). À l'opposé, elle ne peut être comparée à celle déployée lors d'un évènement de gravité faible comme une simple glissade. L'évènement accidentel du 30 juin 2017 doit donc être considéré comme étant de gravité moyenne stricto sensu (cf. à titre de comparaison : arrêts du Tribunal fédéral 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 4.3.1 ; 8C_196/2016 du 9 février 2017 consid. 3.3.3 ; 8C_816/2012 du 4 septembre 2013 consid. 7.3).

6.2.2 En conséquence, il est nécessaire d'examiner si au moins trois des critères mentionnés plus haut sont remplis dès lorsqu'il est manifeste qu'aucun desdits critères n'est rempli de façon particulièrement marquante.

S'agissant du critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail (7), il apparaît être rempli contrairement à ce qu'affirme l'intimée puisqu'elle ne conteste pas que le recourant ait été en incapacité de travail totale du 30 juin 2017 au 31 janvier 2021 inclus.

La réalisation des critères de la gravité des lésions, de la durée du traitement et d'éventuelles erreurs dans le traitement (2), (3) et (5) peut en revanche d'emblée être écartée. Il en va de même du critère des difficultés particulières apparues au cours de la guérison (6) puisque l'existence d'un syndrome douloureux régional complexe un temps envisagé a finalement été rejeté après un examen par le Dr Q_____, médecin spécialiste, opinion qui rejoint sur ce point celle du Dr K_____, et qu'aucun avis médical contraire récent ne ressort du dossier de la procédure.

S'agissant du critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident (1), il ne peut être considéré comme rempli dans le cas d'espèce. En effet, bien qu'un carambolage entre un véhicule de dépannage et un camion soit par nature un évènement frappant, il faut tenir compte du fait que tout accident de gravité moyenne est associé à un certain caractère impressionnant, sans que ce critère ne soit rempli de ce seul fait (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 4.3.1). Ainsi un choc latéral à 56 km/h (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_473/2019 du 11 novembre 2019 consid. 5.1 et 5.2) n'apparaît pas en lui-même comme particulièrement impressionnant, contrairement par exemple à un foudroiement (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2022 du 23 mai 2022 [destiné à la publication aux ATF] consid. 4.4.5),

Dans ces circonstances, la question de savoir si l'assuré souffre de douleurs persistantes importantes sans interruption et crédibles en regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur sa vie quotidienne (critère 4) peut rester ouverte. En

effet, même si tel était le cas, seuls deux critères sur sept seraient remplis, ce qui n'est pas suffisant pour fonder une causalité adéquate entre un trouble psychique et un accident de gravité moyenne stricto sensu.

6.3 Il ressort de ce qui précède que les éventuels troubles psychiques du recourant ne sont pas en lien de causalité adéquate avec l'évènement accidentel du 30 juin 2017. Il s'en suit que les conséquences de ceux-ci ne doivent pas être prises en charge par l'assurance-accidents, soit par l'intimée. Le grief du recourant est à cet égard infondé.

Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de se prononcer sur les différents diagnostics retenus par les psychiatres, ni d'examiner si ceux-ci ont une influence sur sa capacité de travail, ce qui est contesté par l'expertise administrative de la Dresse R_____ du 9 juillet 2021.

7. En second lieu, il convient d'examiner si c'est à raison que l'intimée a considéré que le cas de l'assuré était suffisamment stabilisé au 31 janvier 2021 pour statuer sur son droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, et pour mettre fin au versement d'indemnités journalières.

7.1 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.

La question de la fin des prestations provisoires et celle de l'octroi de la rente et/ou de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité constituent un tout juridique et doit donc faire l'objet d'une décision unique de la part de l'assurance-accidents (ATF 144 V 354 consid. 4.2 ; voir également : ATF 144 V 418 consid. 2.2).

La notion d'amélioration sensible de l'état de l'assuré ne fait pas, en tant que telle, référence à l'état médical d'un assuré, mais à l'influence de celui-ci sur sa capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_20/2022 du 10 juin 2022 consid. 6.2 ; 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2 ; 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 2.3). Autrement dit, il est nécessaire que l'état de santé de l'assuré puisse subir une modification notable et que celle-ci soit de nature à modifier sa capacité de travail en général, soit sa capacité de gain, pour considérer qu'un cas d'assurance n'est pas encore stabilisé, au sens de l'art. 19 al. 1 LAA. L'état de la personne assurée doit être évalué de manière non-rétrospective, c'est-à-dire à la lumière des circonstances connues au moment de la clôture potentielle du cas (arrêts du Tribunal fédéral 8C_604/2021 du 25 janvier 2022 consid. 5.2 ; 8C_44/2021 du 5 mars 2021 consid. 5.2 ; 8C_363/2020 du 29 septembre 2020 consid. 3.2).

7.2 En ce qui concerne, spécifiquement, la physiothérapie, le Tribunal fédéral a précisé que le bénéfice qu'elle peut amener à un assuré ne fait en principe pas obstacle à la clôture de son cas d'assurance (arrêts du Tribunal fédéral

8C_674/2019 du 3 décembre 2019 consid. 4.3 ; 8C_736/2017 du 20 août 2018 consid. 4.1 ; 8C_39/2018 du 11 juillet 2018 consid. 5.1).

7.3 La jurisprudence relative au délai transitoire de trois à cinq mois entre le passage d'une incapacité de travail relative uniquement à la dernière activité professionnelle et l'extension du champ d'activités exigible en cas d'incapacité de travail de longue durée (cf. art. 6 LPGA) ne trouve pas application en cas de clôture d'un cas selon l'art. 19 al. 1 LAA (arrêts du Tribunal fédéral 8C_240/2021 du 15 septembre 2021 consid. 4.2 ; 8C_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 4.3).

8. Pour évaluer un droit à une prestation sociale dépendant de l'état médical d'un assuré, il faut pouvoir se fonder sur des opinions médicales probantes (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

8.1 Il n'existe pas de règles systématiques absolues en matière d'appréciation de rapports médicaux, le principe général restant à leur appréciation libre par le juge (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). Ainsi, la force probante d'un rapport d'expertise dépend en premier lieu de son contenu, à savoir s'il est complet (au regard du /des trouble(s) médical/aux potentiel(s) de l'assuré), s'il se base sur l'anamnèse, les « plaintes » de l'assuré et tous les autres éléments factuels disponibles, s'il est clair dans son appréciation de la situation médicale et si le ou les résultat(s) auquel il parvient est/sont motivé(s) (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_290/2021 du 12 octobre 2021 consid. 3.2).

8.2 Selon la jurisprudence fédérale, il est possible de distinguer trois types d'expertises médicales : les expertises ordonnées auprès d'un expert indépendant par l'autorité judiciaire sur la base de l'art. 61 let. c LPGA et du droit cantonal (expertise judiciaire), les expertises ordonnées auprès d'un expert indépendant par l'autorité sociale sur la base de l'art. 44 LPGA (expertise administrative) et les rapports médicaux requis par une assurance sociale auprès de médecins qui lui sont subordonnés, ou réalisée par un médecin sur commande de l'assuré (« expertise » de partie).

S'il est évident que la force probante d'une expertise judiciaire est complète (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa), le juge doit également accorder pleine valeur probante aux expertises administratives pour autant que celles-ci ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun autre élément fondé ne remette en cause leur pertinence (ATF 137 V 210 consid. 1.3.4 et 2.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_290/2021 du 12 octobre 2021 consid. 3.2). En revanche, une expertise commandée par une partie ou réalisée par un médecin interne à une assurance dispose certes d'une certaine force probante, mais celle-ci est clairement inférieure à celle réalisée par un médecin indépendant (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et 3b/ee), en ce sens qu'un tel rapport médical peut avant tout permettre de remettre en doute une expertise administrative ou judiciaire (ATF 125 V 351 consid. 3c). Lorsqu'une

décision administrative sociale ne s'appuie que sur l'avis d'un médecin interne à l'assureur social et qu'il existe des doutes, même minimes, sur la pertinence de l'appréciation de ce médecin, il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire, soit de ne pas se contenter de se reposer sur cette opinion interne à l'assurance (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_347/2021 du 10 novembre 2021 consid. 4.4).

9.

9.1 En l'espèce, l'intimée a retenu la date du 31 janvier 2021 comme moment de la stabilisation déterminant au sens de l'art. 19 al. 1 LAA.

La Dresse O_____ a retenu dans son rapport du 9 juin 2020 que l'état de santé de l'assuré n'était pas suffisamment stabilisé pour pouvoir avoir une opinion claire sur sa capacité de travail, cela en particulier à l'aune des suites de l'opération chirurgicale ayant eu lieu le 20 février 2020.

Cet avis est corroboré par la Dresse N_____ du SMR selon laquelle l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé en date du 14 avril 2020, ainsi que par le Dr P_____ dont le rapport du 22 juin 2020 a une teneur identique.

Certes, les Drs G_____ et H_____ de la CRR ont retenu dans leur rapport du 20 juillet 2018 que la stabilisation médicale était probable dans un délai d'un à trois mois et que le pronostic de réinsertion professionnelle était le rétablissement d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré. Il ne s'agissait là toutefois que d'un pronostic pour le futur qui était fondé sur l'idée qu'aucune intervention n'était nécessaire, comme cela ressort de la page cinq dudit rapport. En outre, la CRR fait partie intégrante de la CNA, ce qui a pour conséquence que ses expertises doivent être qualifiées d'expertise de partie et disposent a priori d'une force probante relative lorsque dite CNA est partie à une procédure (ATAS/206/2022 du 9 mars 2022 consid. 5.2).

Il en va de même du rapport du médecin-conseil de celle-ci, à savoir le Dr K_____ qui, le 29 novembre 2019, a relevé que l'état de santé de l'assuré était stabilisé, en tenant compte des limitations fonctionnelles retenues, sans que l'on puisse déterminer s'il faisait référence à son état médical ou à sa capacité de gain (question de droit). L'autre affirmation, pour le moins confuse, de ce médecin selon laquelle « la capacité de travail pourra être de 100 % sans diminution de rendement, et ce donc nécessitant une reconversion professionnelle », ne permet pas davantage de comprendre sa position.

En outre, dans son rapport subséquent du 23 octobre 2020, le Dr K_____ a précisé qu'il maintenait son appréciation initiale, tout en relevant que l'état du recourant était désormais stabilisé, vu qu'il s'était écoulé huit mois depuis l'ablation du matériel doublée d'une neurolyse et d'une libération capsulaire antérieure, soit depuis l'opération du 20 février 2020. On ne comprend donc pas clairement si ce médecin a modifié sa position de novembre 2019 en considérant

que l'état de l'assuré était stabilisé huit mois après l'opération de février 2020, ou s'il considère que l'état de santé du recourant était stabilisé avant même la réalisation de celle-ci.

Au vu de ce qui précède, il convient de considérer l'avis des Drs O_____, N_____ et P_____ comme le plus convaincant. L'état du recourant n'était donc pas stabilisé à l'été 2020.

9.2 S'agissant de la période postérieure à l'été 2020, le seul élément médical permettant de clarifier la question de la stabilisation de la capacité de travail de l'assuré est l'avis du médecin traitant du recourant, le Dr E_____, du 22 février 2021. Dans son rapport, il relève que son patient est capable d'exercer une activité professionnelle adaptée à son état de santé à 100 % dans une position de préférence assise et après reconversion professionnelle, ce qui doit être compris comme une précision en ce sens que son affirmation ne concerne pas les anciennes activités de peintre et de plâtrier du recourant (cf. pièce 125 intimée, p. 1429).

Le Dr E_____ précise certes également que la physiothérapie serait de nature à améliorer la capacité de travail du recourant. Cependant, cette affirmation non motivée ne suffit pas à faire exception au principe selon lequel le bénéficie éventuel apporté par la physiothérapie n'est en principe pas de nature à repousser la clôture d'un cas d'assurance (« Fallabschluss » : cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_674/2019 du 3 décembre 2019 consid. 4.3).

L'opinion du Dr E_____ est cohérente avec celle du Dr Q_____ des HUG du 5 janvier 2021 à laquelle le premier renvoie et qui précise clairement les limitations fonctionnelles du recourant, à savoir pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de position accroupie, pas de marche sur des terrains variés et pas d'usage d'escaliers. Un travail en position assise uniquement, ou en position mixte était indiqué.

Enfin, si le recourant conteste tant la stabilisation de son cas que sa pleine capacité de travail entière dans une activité adaptée, il ne critique pas en soi l'avis du Dr E_____ du 22 février 2021. Il ne produit en particulier aucune pièce provenant d'un spécialiste qui permettrait de remettre en doute la conclusion à laquelle est parvenue ce médecin. Le rapport complémentaire du Dr M_____ daté du 24 mai 2022 produit par le recourant porte uniquement sur les troubles psychiatriques allégués de celui-ci et est donc à cet égard sans pertinence.

Il suit de ce qui précède que la capacité de travail du recourant était stabilisée au 22 février 2021, date du rapport du Dr E_____. L'intimée a certes retenu que l'état du recourant était stabilisé au 31 janvier 2021, cette position ne saurait toutefois être suivie, faute d'élément médical faisant référence à cette date. Sur ce point la position de l'intimée est d'ailleurs peu cohérente puisqu'elle affirme se fonder sur les opinions susmentionnées du Dr K_____, alors même que celui-ci

semble considérer que l'état du recourant était, au plus tard, stabilisé au 23 octobre 2020 déjà.

L'état de santé de l'assuré doit donc être considéré comme stabilisé au 22 février 2021, en ce sens que le recourant est entièrement capable de travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès cette date.

10. En troisième lieu, il convient de déterminer si c'est à juste titre que l'intimée a considéré que le degré d'invalidité du recourant était nul, en retenant notamment qu'un abattement sur le salaire statistique ne se justifiait pas.

10.1 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la 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).

Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide 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.

10.2 Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré, le revenu que celui-ci aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu hypothétique de valide) 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 (revenu d'invalide) ; il faut ainsi diviser le revenu hypothétique de valide par le revenu d'invalide pour obtenir le taux/degré d'invalidité (ATF 148 V 174 consid. 6.1 ; ATF 143 V 295 consid. 2.1).

Le moment déterminant pour effectuer la comparaison des revenus est celui du début de la rente d'invalidité putative en tenant compte des circonstances survenues jusqu'à la décision d'opposition sur la rente d'invalide (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 ; en ce sens également : ATF 145 V 141 consid 5.2.1 ; ATF 139 V 28 consid. 3.3.2; ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

10.2.1 Le revenu (hypothétique) de valide est celui que l'assuré aurait, avec haute vraisemblance, perçu sans l'évènement invalidant ; il se détermine en principe sur la base du dernier salaire perçu avant cet évènement, adapté à l'inflation et à une éventuelle hausse des revenus dans la branche économique concernée (ATF 145 V 141 consid. 5.2.1 ; ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Il convient cependant de faire exception à cette règle lorsque

l'employé a perdu son emploi pour des motifs étrangers à la cause de son invalidité (arrêts du Tribunal fédéral 9C_500/2020 du 1er mars 2021 consid. 4.1 ; 8C_314/2019 du 10 septembre 2019 consid. 6.1), notamment en cas de faillite (arrêt du Tribunal fédéral 8C_462/2014 du 18 novembre 2014 consid. 4.2). Dans ce cadre, le Tribunal fédéral a jugé qu'il était possible de se référer aux salaires prévus dans une CCT applicable dans le domaine en question (arrêts du Tribunal fédéral 8C_134/2021 du 8 septembre 2021 consid. 5.4 ; 8C_462/2014 du 18 novembre 2014 consid. 5.1 ; 8C_71/2014 du 12 juin 2014 consid. 4.1 ; voir également : arrêt du Tribunal fédéral 9C_647/2020 du 26 août 2021 consid. 5.3), ou sur une moyenne des revenus perçus sur une longue période à l'aide de l'extrait de compte individuel AVS (arrêts du Tribunal fédéral 9C_478/2021 du 11 novembre 2021 consid. 5.3.1 ; 8C_581/2020, 8C_585/2020 du 3 février 2021 consid. 6.3).

10.3

10.3.1 Le revenu d'invalide est, quant à lui, calculé prioritairement sur la base du revenu que la personne concernée reçoit effectivement après son invalidité ; à défaut de revenu effectif, il doit être calculé sur la base des salaires médians de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) (ATF 148 V 174 consid. 6.2 ; ATF 143 V 295 consid. 2.1 ; ATF 139 V 592 consid. 2.3 ; ATF 135 V 297 consid. 5.2).

Il convient en principe de se référer à la ligne « total secteur privé » du tableau « TA1_skill_level » (ATF 148 V 174 consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_405/2021 du 9 novembre 2021 consid. 5.2.1). Le salaire médian total doit cependant encore être précisé sur la base du sexe de l'assuré (1) et du niveau de compétence des fonctions qui peuvent être exigées de lui (2) sur une échelle allant de 1 (activités ne comportant que des tâches physiques et manuelles simples) à 4 (activités qui nécessitent de résoudre des problèmes complexes et de disposer d'un vaste ensemble de connaissances théoriques et pratiques dans un domaine spécialisé) (arrêts du Tribunal fédéral 8C_444/2021 du 29 avril 2022 consid. 4.3 ; 8C_66/2020 du 14 avril 2020 consid. 4.2.1).

Lorsque le revenu d'invalide est calculé sur la base de l'ESS, il est possible de réduire, dans une appréciation d'ensemble, le salaire statistique pertinent dans la fixation du revenu d'invalide, jusqu'à un maximum de 25 % afin de tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assuré et d'autres circonstances personnelles et professionnelles concrètes de la personne concernée, qui sont objectivement de nature à influencer sa capacité de gain sur un marché du travail équilibré, et notamment son type de permis de séjour, son expérience professionnelle, et son taux d'activité maximum contraint (ATF 148 V 174 consid. 6.3 ; ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; ATF 126 V 75 consid. 5b/aa, 5b/bb et 5b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_405/2021 du 9 novembre 2021 consid. 6.2). Les éléments qui sont pris en compte pour limiter de manière générale la capacité de gain d'un assuré ne

peuvent, cependant, pas fonder un abattement du salaire statistique, car sinon ils seraient pris en compte à deux reprises dans la fixation du degré d'invalidité d'un assuré (ATF 148 V 174 consid. 6.3 ; ATF 146 V 16 consid. 4.1).

Dans un arrêt récent, le Tribunal fédéral a jugé qu'un assuré qui doit alterner les positions assises et debout, éviter le port de charges supérieures à 10-15 kg de manière répétée, ne pas monter sur des échelles et ne pas se déplacer de manière prolongée, surtout en terrain irrégulier, n'a pas le droit à un abattement pour un salaire hypothétique relevant du niveau 1 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_659/2021 du 17 février 2022 consid. 4.3.1). En effet, selon le Tribunal fédéral, le marché du travail équilibré permet à des travailleurs souffrant de telles limitations de trouver un emploi pour le salaire médian prévu dans les ESS. Dans un arrêt de principe récent, le Tribunal fédéral a d'ailleurs rejeté les critiques à l'encontre notamment de cette jurisprudence en affirmant que cette conception du « marché équilibré du travail » était un choix du législateur fédéral (ATF 148 V 174 consid. 9.1).

En ce qui concerne les emplois relevant du niveau de compétence 1, au sens des ESS, soit le niveau le moins élevé, le fait de ne pas pouvoir bénéficier de son expérience antérieure en raison d'un nécessaire changement d'activité ne peut pas fonder un abattement, car le salaire médian de cette catégorie recouvre un large éventail d'activités ne requérant pas d'expérience professionnelle spécifique, ni de formation particulière (ATF 146 V 16 consid. 6.2.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_659/2021 du 17 février 2022 consid. 4.3.2 ; 8C_118/2021 du 21 décembre 2021 consid. 6.3.2).

Un tribunal social ne doit pas simplement substituer son appréciation à celle de l'autorité de première instance, s'agissant de la valeur d'un abattement, mais il peut s'en écarter dès lors qu'il existe un motif fondé pour ce faire (ATF 137 V 71 consid. 5.2 ; ATF 126 V 75 consid. 6 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_331/2019 du 18 septembre 2019 consid. 3.3 ; 8C_103/2018 et 8C_131/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2 et 4.3).

11.

11.1 S'agissant en premier lieu du revenu (hypothétique) de valide, l'intimée s'est fondée sur le salaire minimum prévu par la Convention collective de travail du second œuvre romand 2019 (CCT-SOR) à Genève pour un salarié sans CFC avec quatre ans d'expérience, à savoir CHF 4'789.- versé treize fois l'an. Cela correspond à un salaire annuel de CHF 62'257.-. Dans sa décision du 26 juillet 2021, l'OAI a quant à lui retenu un montant de CHF 66'804.-.

Au moment de son accident en 2017, l'assuré était au chômage. Auparavant, il exerçait une activité de plâtrier-peintre. À ce titre, son dernier salaire lors d'un emploi à durée indéterminée se montait à CHF 30.30 de l'heure (treizième salaire compris) pour 42 heures de travail hebdomadaires, ce qui correspond à un salaire mensuel de CHF 5'510.36 (30.3 x 42 x 4.33), et à un salaire annuel de CHF 66'124.32. L'entreprise individuelle C_____ n'a cependant pas résilié le

contrat de travail de l'employé à cause de la survenance de son invalidité, mais dans le cadre d'une restructuration. Cette entreprise a du reste cessé son activité en 2017. Quant à la société D_____ SA, qui a engagé le recourant pour une mission temporaire alors qu'il était inscrit au chômage, elle a été mise en faillite le 6 novembre 2019.

Dans ces circonstances, il n'est pas possible de se fonder sur le salaire que le recourant a reçu de l'entreprise individuelle C_____ ou de la société D_____ SA pour déterminer son revenu hypothétique de valide.

Comme l'a fait l'intimée, il convient bien plutôt de se rapporter au salaire minimum prévu par la CCT-SOR, lequel, une fois annualisé, s'élève à CHF 62'257.- (4'789 x 13) en 2021. On notera du reste que le revenu mensuel moyen soumis à cotisation AVS perçu par le recourant au cours des dix-huit mois précédant la survenance de son invalidité n'est pas supérieur à ce montant.

Le salaire hypothétique de valide du recourant s'élève donc à CHF 62'257.-.

11.2

11.2.1 Le recourant n'a pas retrouvé de travail depuis son accident. Il faut donc avoir recours aux données statistiques de l'OFS pour déterminer son revenu (hypothétique) d'invalide.

Aucun élément présent au dossier de la procédure ne laisse penser qu'il existerait une probabilité importante que le recourant travaille dans le futur dans le secteur public. Il convient donc d'avoir recours au principe général, à savoir l'application du tableau TA_1_tirage_skill_level, comme l'a retenu à juste titre l'intimée.

L'assuré est un homme et son dernier emploi relevait du niveau 1. Il se justifie donc de prendre pour référence le salaire médian général pour la catégorie « homme » « niveau 1 » des ESS 2020, ce qui correspond à un montant mensuel de CHF 5'261.- pour 40 heures de travail, soit un revenu annuel de CHF 63'132.-.

11.2.2 Il convient d'adapter ce montant à la durée normale hebdomadaire de travail en Suisse, à savoir 41.7 heures, ce qui aboutit à un salaire de référence de CHF 65'815.10 ([63'132/40] x 41.7). Ce montant doit encore être adapté à la hausse générale des salaires entre 2020 (date des statistiques) et 2021 laquelle s'est élevée à - 0.186 % selon le tableau T1.10 « Indices des salaires nominaux 2011-2021 » de l'OFS. Cela aboutit à un revenu de CHF 65'692.70 (65'815.10 - 122.40) en 2021.

11.2.3 S'agissant de l'abattement sur le salaire statistique retenu, l'intimée a considéré qu'il ne se justifiait pas, alors que le recourant considère qu'un taux de 25 % serait approprié.

Le recourant n'est pas contraint de travailler à temps partiel. Partant, il ne se justifie pas de réaliser un abattement pour ce motif. S'agissant de l'âge du recourant, il n'est pas non plus possible d'en tenir compte, celui-ci étant encore

éloigné de l'âge légal de la retraite au moment déterminant pour l'évaluation de son taux d'invalidité, ce qui exclut également un abattement sur cette base. Enfin, pour les emplois de niveau 1, l'absence d'expérience permet néanmoins d'obtenir un salaire équivalent au salaire médian selon le Tribunal fédéral, de sorte que celle-ci ne donne pas droit à un abattement.

S'agissant de ses limitations fonctionnelles, soit l'absence de port de charges de plus de 10 kg, de position accroupie, de marche sur des terrains variés et d'usage d'escaliers, elles sont un peu plus sévères que celles ayant fait l'objet de l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_659/2021 du 17 février 2022 consid. 4.3.1, puisque le recourant doit éviter non seulement de monter sur des échelles, mais aussi l'usage des escaliers. Il se justifie donc a priori d'en tenir compte au titre d'un abattement.

Quant au permis de travail du recourant, il ressort du tableau TA12 « Salaire mensuel brut (valeur centrale et intervalle interquartile), Suisses/Suissesses et étrangers/étrangères, selon la position professionnelle et le sexe » des ESS 2020 que le salaire médian pour les hommes au bénéfice d'un permis d'établissement (permis C) dans les postes sans fonction de cadre était de CHF 5'899.-, contre CHF 6'032.- pour l'ensemble des salariés de sexe masculin (en équivalent plein temps), soit un salaire inférieur de 2.2 %. Cette circonstance est donc également susceptible de fonder un abattement.

Au vu des deux éléments qui précèdent, on pourrait ainsi tout au plus retenir un abattement global de 5 % sur le salaire statistique retenu plus haut.

Or, en tenant compte d'un abattement maximal de 5 % sur le salaire (hypothétique) d'invalide du recourant en 2021 (65'692.70 x 0.95), on aboutit à un degré d'invalidité nul ([62'408.05/ 62'257] – 1 = - 0.002).

11.3 Ce degré d'invalidité étant inférieur au seuil minimal de 10 % prévu à l'art. 18 al. 1 LAA, le recourant n'a pas le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents comme l'a retenu l'intimée. Sur ce point, le recours est donc infondé.

12. En quatrième et dernier lieu, il convient d'examiner si c'est à juste titre que l'intimée a refusé au recourant l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

12.1 Si, suite à un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 LAA). Cette indemnité est allouée sous forme de prestation en capital.

12.1.1 Selon l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte avec un plafond au montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident. La gravité d'une atteinte à la santé s'apprécie d'après les constatations médicales. Chez tous les assurés présentant le même statut médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous (arrêts du Tribunal fédéral 8C_376/2021 du

10 août 2021 consid. 3.1 ; 8C_106/2021 du 9 mars 2021 consid. 3). En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1 ; ATF 113 V 221 consid. 4b).

Aux termes de l'art. 25 al. 2 LAA, le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité. Il a fait usage de cette délégation de compétence à l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202). Selon l'al. 2 de cette disposition réglementaire, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA. Cette annexe comporte un barème des lésions fréquentes et caractéristiques évaluées en pour cent. Ce barème est conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 209 consid. 4a/bb ; ATF 124 V 29 consid. 1b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_238/2020 du 7 octobre 2020 consid. 3). 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 CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes. Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge ; dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à garantir l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont toutefois compatibles avec l'annexe 3 de l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc : ATF 116 V 156 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_219/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.2).

12.1.2 Le moment déterminant pour statuer sur l'existence d'un droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité est celui où il existe suffisamment de clarté sur la situation médicale de l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral 8C_68/2021 du 6 mai 2021 consid. 4.4 ; 8C_836/2013 du 27 mars 2014 consid. 4.5 ; 8C_592/2012 du 23 novembre 2012 consid. 4.2). Ce moment est en général celui de la stabilisation du cas, moment déterminant pour statuer sur la rente d'invalidité d'un assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_68/2021 du 6 mai 2021 consid. 4.4 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral 8C_592/2012 du 23 novembre 2012 consid. 4.2). Cependant, il est possible de traiter ces deux prétentions dans deux décisions différentes (ATF 144 V 354 consid. 4.3). Tel est le cas lorsqu'il n'est pas possible de déterminer clairement si les conditions d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité ne sont remplies que postérieurement au moment de l'octroi d'une rente d'invalidité (ATF 113 V 48 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_836/2013 du 27 mars 2014 consid. 4.5).

12.2 Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical ne peut être élucidé que par ce biais ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante ; un renvoi à l'administration reste cependant possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée jusqu'alors non instruite (ATF 139 V 99 consid. 1.1 ;

ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 [applicable en matière d'assurance-accidents selon l'ATF 138 V 318 consid. 6.2.1 et 6.2.2] ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_354/2020 du 8 septembre 2020 consid. 2.1 ; 8C_503/2019 du 19 décembre 2019 consid. 2.1).

13. En l'espèce, l'intimée a rejeté le droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité en se fondant uniquement sur le rapport du Dr K_____ du 23 octobre 2020. Or, celui-ci ne fait que renvoyer à son appréciation antérieure du 29 novembre 2019. Dans ce rapport, le Dr K_____ relevait qu'un droit à une telle indemnité n'était pas donné en l'état mais qu'il serait nécessaire de la réévaluer une fois l'évolution arthrosique dans la tibio-tarsienne connue.

La clarté médicale nécessaire pour statuer sur le droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité n'était donc pas donnée au 29 novembre 2019. Cela est cohérent avec la date de stabilisation du cas au regard du droit à la rente au 22 février 2021, date que l'intimée avait elle-même fixé au 31 janvier 2021. Le rapport du 29 novembre 2019 du Dr K_____ est d'ailleurs antérieur à l'opération du recourant du 20 février 2020, alors même que l'état de santé de celui-ci après cette opération visant le retrait du matériel d'ostéosynthèse qui avait été introduit dans son pied gauche lors de l'opération du 6 juillet 2017 semble déterminant pour fixer une éventuelle indemnité à l'aune de la table 5 de la CNA « Atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses ».

Contrairement à ce qui est le cas pour la capacité de travail du recourant, qui est déterminante dans l'optique du droit à une rente, aucun document médical présent au dossier ne permet d'établir clairement si la situation médicale du pied gauche de l'assuré était stabilisée au 22 février 2021, et, le cas échéant, si celle-ci justifie l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. En conséquence, c'est à tort que l'intimée a statué sur le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité du recourant.

La décision contestée doit sur ce point être annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire afin de clarifier la question d'un éventuel droit du recourant à une telle indemnité sur la base d'une opinion médicale probante et actualisée. Cela permet en outre de préserver le droit du recourant à un double degré de juridiction en conformité avec la jurisprudence susmentionnée et la pratique de la chambre de céans (voir par exemple : ATAS/702/2022 du 11 août 2022 consid. 10 et 11 ; ATAS/696/2022 du 9 août 2022 consid. 13).

14. En conclusion, le recours doit être partiellement admis.

S'agissant du droit du recourant à une rente d'invalidité, il est établi que le recourant n'y a pas droit, conformément à ce qu'a retenu l'intimée. Celle-ci doit en revanche mettre le recourant au bénéfice des prestations provisoires LAA, et notamment des indemnités journalières, jusqu'au 21 février 2021 inclus, en lieu et place du 31 janvier 2021. En effet, ces éléments font automatiquement partie de

l'objet de la contestation (cf. ATF 144 V 354 consid. 4.2 et 5.1) ainsi qu'en l'espèce de l'objet du litige, vu que le recourant a pris des conclusions très larges et contesté en particulier le moment de clôture du cas d'assurance par l'intimée.

S'agissant du droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, la cause est renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire.

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

Pour le surplus, en l'absence de loi spéciale prévoyant des frais judiciaires, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA en lien avec l'art. 1 al. 1 LAA).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision en tant qu'elle fixe le moment de la clôture du cas d'assurance au 31 janvier 2021 et rejette le droit de Monsieur A_____ à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, et la confirme pour le surplus.
4. Dit que le moment de clôture du cas est le 22 février 2021 et renvoie la cause à la CNA pour instruction complémentaire et nouvelle décision sur la question du droit de Monsieur A_____ à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, au sens des considérants.
5. Alloue à Monsieur A_____ une indemnité de CHF 1'500.-, à titre d'indemnité de procédure, à la charge de la CNA.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Sylvie CARDINAUX	Eleanor McGREGOR

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