RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4087/2020 **ATAS/590/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 juin 2022

15ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CHAMBÉSY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Philippe ANTHONIOZ	recourant

contre

SUVA - CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG	intimée

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Saskia BERENS TOGNI et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1956, a travaillé en qualité de délégué commercial. Il s'est retrouvé au chômage en février 2017 et était assuré auprès de la SUVA - caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA) pour les accidents professionnels et non professionnels.

b. Le 20 juin 2017, l'assuré a glissé sur un sol mouillé, est tombé dans les escaliers et a touché une barre, ce qui a provoqué une fracture du pied droit (cf. déclaration de sinistre du 17 juillet 2017).

c. Il a été en incapacité de travail total et la SUVA a pris en charge le cas par paiement des soins médicaux et versement d'indemnités journalières.

d. L'assuré est suivi aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG), principalement par le service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil moteur.

e. Il ressort en substance de la documentation médicale récoltée par la SUVA, les éléments suivants :

- Après sa chute, l'assuré présentait une fracture-luxation du Lisfranc du pied droit, une fracture de la base du deuxième et troisième métatarsien, une fracture du cunéiforme moyen, une atteinte du Lisfranc avec subluxation de M1, une luxation de M2, M3 et M4 ; le 7 juillet 2017, il a subi une intervention chirurgicale du pied droit, sous la forme d'une ostéosynthèse du Lisfranc (cf. lettre de sortie et compte-rendu opératoire des 11, respectivement, 12 juillet 2017).
- Dans les suites de cette intervention, il a développé une infection (poussée de staphylocoques epidermidis, « MRSE » dans la culture d'os, contamination), ce qui a nécessité une ablation du matériel d'ostéosynthèse par intervention du 3 octobre 2017 (cf. lettre de sortie et compte-rendu opératoire des 8, respectivement, 9 octobre 2017) et un traitement d'antibiothérapie (cf. rapport de consultation des maladies infectieuses du 24 octobre 2017).
- Par la suite, l'assuré a gardé des douleurs quotidiennes au pied droit, malgré la prise régulière de Tramal ; en janvier 2018, il a consulté le service rhumatologique des HUG, qui n'a pas pu établir de diagnostic clair, mais lui a prescrit des séances de physiothérapie ; une IRM du 31 janvier 2018 a mis en évidence une arthropathie avec des signes inflammatoires et des destructions des berges osseuses de l'articulation du Lisfranc, plutôt pour une arthrite post-traumatique avec arthrose érosive (cf. rapport du 31 janvier 2018 du docteur B_____, du 27 février du docteur C_____ et des 22 février et 2 septembre 2018 du docteur D_____).
- Le 10 octobre 2018, le docteur E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné

l'assuré ; il a estimé que la situation n'était pas stabilisée, précisant qu'il était nécessaire de demander aux HUG des rapports supplémentaires montrant l'évolution (cf. rapport du 11 octobre 2018).

- L'assuré, qui avait été vu en consultation les 15 novembre 2018, 17 janvier et 6 mai 2019 au service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil moteur des HUG, présentait toujours la même symptomatologie, voire pire, puisqu'il notait des douleurs à 7/10 dès son réveil, se mobilisait à l'aide de cannes anglaises et devait prendre du Tramal ; il allait être adressé à la consultation « pied et cheville » des HUG, afin de discuter d'une éventuelle arthrodèse au niveau de l'articulation du Lisfranc (cf. rapports du 20 février et du 12 mai 2019 du Dr D_____).
- Par appréciation du 21 mai 2019, le Dr E_____ a considéré que le cas n'était pas stabilisé, qu'une intervention chirurgicale sous la forme d'une arthrodèse du Lisfranc était justifiée, à faire et exigible, et qu'en cas de difficultés, il préconisait une consultation à la clinique romande de réadaptation (ci-après : CCR) auprès du docteur F_____.
- Le 17 septembre 2019, l'assuré a été vu à la consultation « pied et cheville » des HUG, par les docteurs G_____ et H_____, spécialistes FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lesquels ont expliqué que dans le contexte de l'assuré et en cas de douleurs persistantes du pied, une arthrodèse au niveau du Lisfranc était bien nécessaire, tout en précisant que l'antécédent d'infection récente (il y a moins de deux ans) motivait à insister plutôt avec un traitement conservateur qui était actuellement très bien toléré par l'assuré ; l'assuré allait être régulièrement suivi par la « Team pied et cheville » pour évaluer son évolution (cf. rapport du 24 octobre 2019). Il n'était pas possible à l'heure actuelle de se déterminer sur la question de la stabilisation sur le plan médical, il fallait attendre l'évolution avec un traitement conservateur (cf. rapport 18 novembre 2019).
- Le 8 janvier 2020, le Dr E_____ a examiné l'assuré. Il a expliqué qu'il existait une douleur à la mobilisation du Lisfranc et une non consolidation/stabilité dans l'interligne du Lisfranc par néo-arthrodèse/ankylose qui n'avait pas pu se faire ; l'évolution se faisait vers une arthrose douloureuse qui nécessiterait une arthrodèse, laquelle avait été différée pour des raisons de crainte de reprise infectieuse ; il existait une amélioration objective de l'état de l'assuré qui marchait sans canne, pieds à plat, par rapport à l'examen du 10 octobre 2018 ; l'état était actuellement stabilisé ; il nécessitait une prise de décision qui pourrait se faire à la consultation du Dr G_____ en vue d'une arthrodèse ; si celle-ci était refusée par l'assuré ou n'était pas proposée par le chirurgien du fait du risque infectieux, non accepté ou craint, cet examen serait un examen final. Le travail antérieur n'était plus exigible, la conduite automobile étant très limitée et peu sûre. En revanche, une activité adaptée – soit exercée essentiellement en

position assise, sédentaire, avec peu de phases debout, peu de phase nécessitant de la marche, sans montée ni descente d'escaliers et sans terrain accidenté – était exigible à plein temps. S'agissant de la poursuite du traitement, il était licite sur le plan antalgique mais nécessitait un réexamen par un centre spécialisé antidouleur. D'un point de vue orthopédique et du chaussage, une consultation auprès de la clinique romande de réadaptation était prescrite. Le médecin de la SUVA avait écrit au Dr G_____ afin de lui exposer sa position quant à la décision d'opérer ou non. S'il était décidé d'opérer à nouveau le pied, cette intervention devait être prise en charge par la SUVA. Par ailleurs, une fois l'état stabilisé et compte tenu de l'arthrose dans l'interligne du Lisfranc, une indemnité pour atteinte à l'intégrité pourrait être attribuée (cf. appréciation du 10 janvier 2020).

- En janvier 2020, la « Team pied et cheville » des HUG a réalisé un bilan, qu'il a proposé de compléter par un « CBCT » du pied droit et un bilan radiologique du pied gauche afin de pouvoir comparer les deux côtés, pour ensuite discuter avec l'assuré de l'indication de réaliser une infiltration locale ou une arthrodèse ; l'évolution était stagnante avec persistance des douleurs, évaluées à 7-8/10 ; au regard de son infection post-opératoire en 2017, l'assuré était méfiant à l'égard d'une nouvelle chirurgie ; dans sa situation, il existait un risque d'instabilité post-traumatique du Lisfranc, d'arthrose et de déformation en pied plat avec troubles de la statiques (cf. rapports des 27 janvier et 19 mars 2020 de « Team pied et cheville » des HUG).
- Dans son appréciation du 24 mars 2020, le Dr E_____ a confirmé qu'il considérait le cas comme stabilisé, précisant que l'assuré semblait réticent à une prise de décision et que les HUG temporisaient encore.

f. Se fondant sur la dernière appréciation du Dr E_____, la SUVA a informé l'assuré, par courrier du 25 mars 2020, qu'elle allait mettre un terme à ses prestations avec effet au 1er juin 2020 (sous réserve de la prise en charge de deux consultations annuelles de contrôle, de semelles et/ou chaussures adaptées et d'éventuels médicaments antalgiques à doses modérées) et qu'elle allait examiner son droit à une rente d'invalidité dans une prochaine décision. Elle a précisé que les indemnités journalières allaient lui être allouées encore jusqu'au 31 mai 2020 sur la base d'une incapacité de travail de 100% et que si une éventuelle intervention chirurgicale en relation de causalité avec l'accident du 20 juin 2017, était proposée ultérieurement, celle-ci serait prise en charge par la SUVA.

B. **a.** Par décision du 10 juin 2020, la SUVA a nié le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents en faveur de l'assuré, sur la base de l'appréciation de son médecin d'arrondissement qui retenait une capacité de travail entière dans une activité adaptée. En revanche, elle lui a reconnu le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20%, soit CHF 29'640.-.

Pour le calcul du taux d'invalidité, elle s'était fondée sur le salaire réalisé par l'assuré en 2017 (CHF 69'600.-), indexé à 2020 (CHF 70'438.-), à titre de gain de valide, et sur le salaire statistique de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour un homme, de niveau de compétence 1 (CHF 68'446.-), à titre de gain d'invalide. Il en résultait une perte de gain de 3%, soit un taux d'invalidité insuffisant pour lui ouvrir le droit à une rente.

b. Le 10 juillet 2020, l'assuré, représenté par un conseil, a contesté cette décision, requérant la reprise du versement des indemnités journalières et, subsidiairement, un complément d'instruction sur les questions du taux de la capacité de travail dans une activité adaptée, du rendement, des limitations fonctionnelles et de l'abattement, ainsi que l'octroi d'une rente d'invalidité sur la base d'un taux de 87,85%.

Son état n'était pas stabilisé, la question d'une nouvelle opération se posait et il fallait attendre les résultats des traitements conservateurs qui étaient encore en cours. Le calcul par la SUVA du taux d'invalidité était contesté ; les questions du rendement, de l'abattement et du taux d'activité n'avaient pas été examinées. Il évaluait sa capacité de travail exigible seulement au taux de 50%, bien qu'il était illusoire de croire qu'il soit en mesure de retrouver un emploi dans le marché ordinaire de l'emploi. Par ailleurs, au regard des douleurs présentes, des limitations fonctionnelles dans la mobilité et des nombreux effets secondaires dû à la prise d'antalgiques, il présentait une baisse de rendement supplémentaire de 50%. En outre, il se justifiait de prendre en compte un abattement de 25%, en raison de son âge, de ses limitations fonctionnelles importantes, de l'absence de possibilité objective de reconversion professionnelle et avec la prise quotidienne d'antalgiques puissants. Au final, il fallait donc retenir un taux d'invalidité de 87,85%.

À l'appui de son opposition, il a produit un rapport du 1er juillet 2020 du Dr G_____ de la « Team pied et cheville » des HUG, selon lequel l'assuré présentait actuellement une arthrose post-traumatique des articulations touchées et des douleurs au niveau des cicatrices chirurgicales, ainsi qu'un status après infection secondaire. Son état rendait non fonctionnel son pied pour son activité professionnelle et limitait l'assuré pour une activité nécessitant des déplacements réguliers ou des stations debout prolongées avec piétinement, raison pour laquelle il était toujours en arrêt dans son activité habituelle. Il avait été discuté d'une éventuelle prise en charge chirurgicale consistant en une arthrodèse du Lisfranc qui permettrait de réaxer la palette métatarsienne pour donner un meilleur appui au pied. Cependant, cette chirurgie n'était pas sans risque de complication, qui était d'autant plus élevée que l'assuré avait déjà eu une infection post-opératoire. Aussi, il demandait à l'assuré de prendre un temps de réflexion pour évaluer l'impact des douleurs sur sa vie et ses activités quotidiennes et décider s'il souhaitait poursuivre un traitement conservateur ou si les douleurs étaient suffisamment invalidantes pour prendre le risque de cette intervention.

c. Par décision du 12 novembre 2020, la caisse a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 10 juin 2020.

C. **a.** Par acte du 3 décembre 2020, l'assuré a, sous la plume de son conseil, interjeté recours contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS ou chambre de céans), en concluant principalement, sous suite de frais et dépens, à son annulation, à ce que la chambre de céans constate que sa situation médicale n'est pas stabilisée et, de ce fait, qu'elle dise que l'intimée doit reprendre le versement des indemnités journalières, et subsidiairement, qu'elle dise qu'il a droit à une rente d'invalidité de l'intimée à hauteur de 80% du gain assuré, sur la base d'un taux d'invalidité de 87,85% au moins.

Il a repris en substance les griefs déjà invoqués à l'appui de son opposition, ajoutant qu'en accord avec les HUG, il avait décidé de tenter l'approche du traitement conservateur, dans la mesure où la précédente opération avait entraîné des complications et qu'entre temps, la pandémie du COVID-19 avait chamboulé le fonctionnement des HUG. Nonobstant ces éléments, l'intimée s'était empressée, à tort, de rendre une décision, la justifiant par le fait qu'il tergiversait sur la question de l'opération et que les HUG temporisaient. L'intimée avait préconisé une consultation à la CRR, qui n'avait jamais été organisée, et n'avait pas analysé la question du rendement, ni de l'abattement. Le fait que le médecin d'arrondissement affirmait qu'une activité adaptée à plein temps était exigible ne suffisait pas à déterminer le rendement dans une telle activité, alors qu'il souffrait de plusieurs limitations fonctionnelles, que les antalgiques qu'il prenait entraînaient des effets secondaires importants, qu'il était à moins d'une année de la retraite et qu'il avait récemment eu une crise cardiaque. En outre, l'intimée avait relevé que la situation l'avait psychologiquement affecté, ce qui aurait dû l'amener à instruire cette question. En raison de la persistance des douleurs, il avait dernièrement décidé de subir l'opération chirurgicale préconisée, mais en raison de la pandémie liée au COVID-19, cette intervention ne pourrait avoir lieu avant février 2021, au plus tôt. Il estimait qu'une expertise était nécessaire afin de déterminer sa capacité de rendement dans une activité adaptée.

Dans l'hypothèse où la CJCAS devait estimer néanmoins que son cas était stabilisé, il convenait de réexaminer son droit à une rente, puisque l'intimée n'avait pas retenu d'abattement, ni de baisse de rendement. Le fait qu'il ait manifesté sa volonté de retrouver un emploi n'était pas un critère permettant de refuser ou réduire un abattement. Au regard de sa situation professionnelle et personnelle, ainsi qu'en fonction du marché du travail, il était objectivement illusoire de croire qu'il était en mesure de retrouver un emploi. En effet, il était âgé de 64 ans, ses perspectives de reconversion professionnelle étaient irréalistes – un employeur n'étant pas prêt à former et engager un nouvel employé à moins d'une année de l'âge légal de la retraite, qui plus est, avec des limitations

fonctionnelles – et l'expérience professionnelle dans son ancienne activité ne pouvait pas être retenue, celle-ci n'étant plus exigible.

D'un point de vue médical, ses limitations fonctionnelles (activité assise, avec peu de phases debout ou de marche, sans escaliers ni terrains accidentés, ni conduite de véhicule), ses douleurs nécessitant la prise régulière d'antalgiques puissants, entraînant des effets secondaires importants, ainsi que ses affections psychologiques, étaient objectivement un frein à son employabilité et influençaient négativement sa capacité de rendement. L'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) lui avait d'ailleurs reconnu une pleine invalidité, de sorte qu'il n'était pas compréhensible que l'intimée retienne seulement un taux d'invalidité de 3%.

b. Invitée à se déterminer, l'intimée a, par mémoire-réponse du 8 février 2021, conclu au rejet du recours.

Le recourant n'apportait aucune preuve médicale contraire démontrant que son état de santé n'était pas stabilisé au-delà du 31 mai 2020. Il lui reprochait de n'avoir pas entrepris de consultation à la CRR, mais c'est lui qui avait en réalité refusé de s'y rendre. S'agissant de la capacité de travail du recourant, il convenait de retenir que son expérience professionnelle compensait son âge et le fait qu'il n'avait pas de diplôme ou de formation n'était pas pertinent. Quoi qu'il en soit, l'activité adaptée, simple et répétitive de niveau de compétence 1 ne requérait pas de formation ou d'expérience professionnelle spécifique et une période d'apprentissage était usuelle et incluse dans le cadre d'un nouvel emploi, de sorte qu'aucun abattement supplémentaire ne se justifiait.

c. Par réplique du 4 mars 2021, le recourant a persisté dans ses conclusions et indiqué qu'il avait rendez-vous le 15 mars 2021 afin de déterminer les modalités de son opération chirurgicale. Il n'avait jamais refusé un séjour à la CRR, au contraire, c'était le médecin d'arrondissement qui, dans son appréciation du 9 novembre 2017, avait finalement répondu négativement à la question d'un tel séjour ; il ne lui avait d'ailleurs jamais été reproché un manque de collaboration ou un refus de diminuer son dommage.

d. Par duplique du 22 mars 2021, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

e. Le 12 avril 2021, le recourant a réitéré ses griefs et produit un rapport du 17 mars 2021 du Dr G_____, qui confirmait que l'intervention chirurgicale, sous la forme d'une arthrodèse avec reconstruction du Lisfranc et des articulations CMT 1, 2 et 3, était prévue le 22 juin 2021 et indiquait que la situation s'était dégradée, le pied continuant à être très douloureux avec une déformation toujours plus importante et des difficultés pour le recourant à se déplacer et se chausser. Il était toujours en arrêt complet de travail dans son activité habituelle, en raison des douleurs et du fait que cette activité nécessitait des déplacements réguliers.

f. Par pli du 10 juin 2021, l'intimée a pris acte du fait que le recourant acceptait désormais de se soumettre à l'opération chirurgicale prévue le 22 juin 2021 ; elle a

indiqué qu'elle entendait traiter cette opération dans le cadre d'une rechute et a produit un courrier à l'attention du Dr G_____, en ce sens.

g. Par ordonnance du 17 décembre 2021, la chambre de céans a ordonné l'apport du dossier du recourant auprès de l'OAI.

h. Au dossier de l'OAI, figurait notamment :

- un rapport du 24 mai 2019 du Dr D_____, médecin traitant du recourant et chef de clinique au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, dont il ressort que d'un point de vue strictement orthopédique, le recourant pourrait reprendre un travail à 100% dans un emploi de bureau dès le 1er juin 2019 ;
- le rapport du 10 juin 2020 du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), selon lequel la situation médicale est stabilisée au moins à partir de novembre 2019, la capacité de travail était définitivement nulle dans l'ancienne activité, mais entière dans une activité adaptée aux limitations d'épargne du pied droit (pas de station debout et de marche prolongée, pas de marche en terrain instable et irrégulier, pas d'activité accroupie, pas d'échelle ou d'escabeau) dès le 24 mai 2019 ;
- le rapport du 11 juin 2020 du service de réadaptation de l'OAI, selon lequel nonobstant le fait que le droit à des mesures d'orientation professionnelle était ouvert, celles-ci n'étaient pas indiquées en l'espèce, puisqu'elles ne seraient ni simples ni adéquates, de sorte que le critère de la proportionnalité n'était pas respecté ; le service retenait dès lors que le recourant n'était plus en mesure de retrouver un emploi léger et adapté sur le marché du travail primaire de l'emploi ;
- la motivation de la décision de l'OAI du 20 octobre 2020 octroyant une pleine rente d'invalidité au recourant, dont il ressortait que, bien que le recourant présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le mois de mai 2019, des mesures professionnelles ne permettraient pas, selon le service de réadaptation, d'atteindre le but visé par la loi – à savoir une amélioration de la capacité de gain –, de sorte que l'OAI reconnaissait une incapacité de gain entière.

i. Dans leurs déterminations des 18 et 25 janvier et 4 février 2022, les parties ont campé sur leurs positions respectives.

j. Interpellé par la chambre de céans, le recourant a, par pli du 24 mai 2022, expliqué que l'intervention chirurgicale initialement prévue, n'avait finalement pas pu être réalisée en raison de son état de santé (problématique cardiaque et maladie de Sudeck). Il a produit des certificats médicaux en ce sens.

k. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1.

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

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

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

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82*a* LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

1.3 Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).

2. Le litige porte sur le droit de l'intimée à mettre un terme à ses prestations provisoires avec effet au 31 mai 2020, singulièrement sur la stabilisation de l'état de santé du recourant, la valeur probante des appréciations du médecin d'arrondissement de l'intimée et, subsidiairement, sur le calcul du taux d'invalidité, étant précisé que le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité n'est pas contesté.

3.

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

Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident.

Selon l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). 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 (al. 2).

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

indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

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

La limite temporelle de la prise en charge, par l'assureur-accidents, des prestations temporaires précitées (traitement et indemnités journalières) ressort de l'art. 19 LAA relatif aux rentes d'invalidité, qui, pour autant que les conditions soient remplies, prennent le relais des prestations temporaires (ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; voir également l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a). À teneur de la disposition précitée, 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 (art. 19 al. 1, 1ère phrase, LAA). Il en va de même des indemnités journalières conformément à l'art. 16 al. 2 LAA, lequel stipule que le droit à l'indemnité s'éteint dès qu'une rente est versée. La naissance du droit à la rente supprime ainsi la prise en charge du traitement médical et le versement d'indemnités journalières (ATF 134 V 109 consid. 4.1).

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

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

L'amélioration sensible doit découler de la continuation du traitement médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C_188/2010 consid. 3.2). Cette condition n'est pas

remplie en ce qui concerne les contrôles médicaux, la prise de médicaments et les traitements de thérapie manuelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_6306/2016 consid. 5.3). Le simple fait qu'un traitement médical continue à être nécessaire ne suffit pas non plus en soi (arrêt du Tribunal fédéral 8C_ 956/2009 du 9 mars 2010 consid. 4.1.2). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minime que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2). En matière de physiothérapie, le Tribunal fédéral a récemment précisé que le bénéfice que peut amener la physiothérapie ne fait pas obstacle à la clôture du cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_39/2018 du 11 juillet 2018 et les références). Dans ce contexte, l'état de santé de la personne assurée doit être évalué de manière prévisionnelle 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).

3.4 Le moment déterminant pour délimiter, du point de vue temporel, le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité est celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 305/03 du 31 août 2004 consid. 4.1).

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

3.6 Les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 45 consid. 3b).

Avant stabilisation du cas, la prise en charge du traitement médical se fait aux conditions de l'art. 10 LAA. En revanche, après stabilisation du cas et pour autant qu'une rente ait été octroyée, la prise en charge du traitement médical se fait conformément à l'art. 21 LAA. Cette dernière disposition n'est ainsi pas applicable lorsque l'assuré ne perçoit pas de rente LAA (arrêts du Tribunal fédéral 8C_191/2011 du 16 septembre 2011 et 8C_403/2011 du 11 octobre 2011), lorsque la décision de rente n'est pas entrée en force lors de la demande de prise en charge d'un traitement médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 252/01 du 17 juin 2002) ou encore lorsque la rente a été supprimée lors d'une révision (arrêt du Tribunal fédéral 8C 215/2016 du 22 juin 2016).

Par ailleurs, lorsque, d'une part, on ne peut attendre de la continuation du traitement une amélioration notable de l'état de l'assuré au sens de l'art. 19 al. 1 LAA et que, d'autre part, les conditions de l'art. 21 al. 1 LAA ne sont pas remplies, l'assureur-accidents n'a pas à prendre en charge le traitement médical. C'est alors à l'assurance-maladie obligatoire d'intervenir (ATF 134 V 109 consid. 4.2 in fine).

4.

4.1 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). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

4.2 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).

4.2.1 Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est

jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; ATF 123 V 175 consid. 3d; ATF 125 V 351 consid. 3b ee; ATF 135 V 465 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_588 /2015 du 17 décembre 2015 consid. 2).

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 suffisants 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 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

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

5.

5.1 La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p.

220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

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

5.3 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

6. L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision

procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (cf. ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection de la bonne foi s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).

7. En l'espèce, le recourant conteste la stabilisation de son état de santé à la date retenue par l'intimée, compte tenu de l'intervention chirurgicale (arthrodèse) susceptible d'entrer en considération.

À titre liminaire, la chambre de céans relève que c'est lors de la clôture du cas qu'une éventuelle rente d'invalidité succède aux indemnités journalières. L'assureur-accidents peut ainsi clore un cas quand bien même l'assuré ressent encore une gêne ou des douleurs. La seule question qui se pose en effet dans ce contexte est celle de savoir si le traitement médical peut encore entraîner une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré, ce par quoi il faut entendre une amélioration de la capacité de travail (cf. ATAS/1004/2021 du 27 septembre 2021 consid. 15). Dans le cadre de l'examen de la stabilisation de l'état de santé et de la clôture du cas, la question n'est donc pas celle de savoir si le recourant est guéri. Il s'agit en réalité uniquement de déterminer s'il existe encore un traitement médical pouvant entraîner une amélioration de sa capacité de travail.

Cela étant précisé, force est de constater que selon le dossier, le recourant a subi une ostéosynthèse, qui, en raison d'une infection, a finalement nécessité une ablation de son matériel. Suite à ces interventions et au traitement de l'infection, les médecins lui ont essentiellement prescrit des antalgiques et de la physiothérapie, soit un traitement conservateur. Ils ont également indiqué qu'en cas de douleurs persistantes du pied, une nouvelle intervention chirurgicale sous la forme d'une arthrodèse était nécessaire, tout en expliquant que l'antécédent d'infection motivait à insister plutôt avec un traitement conservateur, lequel était bien toléré par le recourant.

Or, selon la jurisprudence susmentionnée, il apparaît que ces mesures ne sont pas considérées comme faisant partie d'un traitement médical susceptible d'entraîner une sensible amélioration de l'état de santé du recourant au sens entendu par la jurisprudence dans le contexte de l'art. 19 LAA. Quant à la potentielle future intervention chirurgicale (arthrodèse), elle aurait en réalité essentiellement pour but de diminuer les douleurs au pied, sans l'assurance d'améliorer la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle de délégué commercial, qui est et

resterait nulle. Il semble qu'une telle intervention n'entraînerait pas non plus d'amélioration significative des limitations fonctionnelles liées à l'atteinte du pied, lesquelles resteraient d'actualité, de sorte que la nature de l'activité adaptée n'en aurait pas non plus été modifiée.

Au demeurant, tant le Dr E_____ que l'intimée, ont explicitement retenu que le droit à la prise en charge de la rechute (liée à l'intervention chirurgicale éventuellement nécessaire à l'avenir) était acquis pour le recourant en raison de cette intervention, laquelle était en relation de causalité avec l'accident assuré. Quoi qu'il en soit, il appert que cette intervention n'a finalement pas été réalisée et l'on peut même douter qu'elle ait d'ailleurs lieu un jour.

Enfin, il ressort du dossier de l'OAI que le SMR a pour sa part retenu que la situation médicale était stabilisée et que le recourant pouvait exercer une activité adaptée à plein temps dès le mois de mai 2019, ce que le recourant n'a pas contesté.

En définitive, c'est à juste titre que l'intimée a prononcé la clôture du cas avec effet au 31 mai 2020, le Dr E_____ ayant, sans que cela soit contesté valablement par un avis médical divergent, estimé que le cas était stabilisé à cette date, ce qui implique la fin du versement des indemnités journalières et de la prise en charge du traitement régulier, et qu'elle a examiné le droit du recourant à une rente d'invalidité dès cette date.

8. Le recourant estime ensuite que l'intimée n'a pas suffisamment instruit la question de sa capacité de travail, en particulier les taux et rendement exigibles, faisant valoir que dans une activité adaptée, sa capacité serait en réalité de seulement 50% et qu'une baisse de rendement supplémentaire de 50% devrait encore être retenue, en raison des effets secondaires liés à la prise d'antalgiques et du fait qu'il soit psychologiquement affecté par sa situation. Il remet ainsi en cause la valeur probante de l'appréciation du médecin d'arrondissement de l'intimée.

En l'occurrence, le Dr E_____ a estimé, dans son appréciation du 10 janvier 2020, que la capacité de travail du recourant est nulle dans l'activité habituelle, du fait que la conduite automobile n'est plus possible, mais entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit une activité exercée essentiellement en position assise, sédentaire, avec peu de phases debout, peu de phases nécessitant de la marche, sans montée ni descente d'escaliers et sans terrain accidenté.

Force est tout d'abord de constater que cette appréciation remplit, sur le plan formel, toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. En effet, elle contient notamment le résumé des pièces principales du dossier, les indications subjectives du recourant, la description des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas. Le Dr E_____ l'a d'ailleurs émise après avoir examiné lui-même le recourant.

Sur le fond, il ressort du dossier que les médecins traitants rejoignent le médecin d'arrondissement sur le diagnostic : après fracture du pied et opération par ostéosynthèse, le recourant a eu une infection post-opératoire, ayant nécessité une ablation du matériel d'ostéosynthèse et a développé une arthrose post-traumatique du Lisfranc avec des douleurs importantes du pied.

S'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle, les Drs E_____ et G_____, ainsi que les autres médecins des HUG qui ont suivi le recourant, s'accordent à dire qu'elle n'est plus exigible.

Quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, le Dr D_____, spécialiste ayant suivi le recourant, a jugé dans son rapport du 24 mai 2019 que le recourant pouvait reprendre un travail à 100% dès le 1er juin 2019 dans un emploi de bureau. Les autres médecins traitants mentionnent, en substance, que la capacité de travail est nulle dans l'activité professionnelle du recourant en raison des douleurs et du fait que son travail nécessite des déplacements, faisant référence à l'activité de délégué commercial pour laquelle le recourant devait se déplacer régulièrement en voiture. Par ailleurs, aucun médecin ne fait référence à une éventuelle baisse de rendement.

L'appréciation du Dr D_____ confirme donc celle du Dr E_____, laquelle est d'ailleurs convaincante. Quant aux autres éléments médicaux au dossier, ils ne permettent pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, de faire douter d'une capacité entière de travail dans une activité adaptée, sans baisse de rendement.

Dans ces conditions, une éventuelle consultation à la CRR paraît superflue pour l'examen de la capacité de travail et du rendement, d'autant plus qu'elle aurait vraisemblablement eu pour but de trouver une solution orthopédique de chaussage et non d'évaluer la capacité de travail du recourant.

S'agissant encore des allégations du recourant concernant les effets secondaires dus à la prise d'antalgiques et les troubles psychiques, elles ne sont pas plus pertinentes, puisque non documentées.

Ainsi, l'argumentation du recourant ne saurait être suivie, dès lors qu'aucun élément au dossier ne permet de remettre en cause l'appréciation du médecin d'arrondissement.

En conséquence, il n'y a pas lieu de s'écarter de cette appréciation. Il convient donc de reconnaître que le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise pour déterminer sa capacité de travail. Cette mesure d'instruction ne s'avère pas pertinente au vu de ce qui précède, de sorte que la chambre de céans n'y donnera pas suite, par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1). Il convient de rappeler que, dans la procédure d'octroi de prestations d'assurances sociales, il n'existe un droit formel à la mise en œuvre d'une expertise médicale qu'en cas de

doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4), ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

9. Il convient encore de vérifier le calcul du degré d'invalidité.

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

9.2

9.2.1 Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1 ATF 130 V 343 consid. 3.4). Dans ce contexte, on évaluera le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. Lorsqu'il a repris l'exercice d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé, il faut d'abord examiner si cette activité est stable, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social. Si ces conditions sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalide (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 5; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa).

9.2.2 Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

9.2.3 Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment

déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence).

9.2.4 Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré (ATF 135 V 297 consid. 5.2). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 143 V 295 consid. 2.2) ou sur les données salariales résultant des DPT établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

9.2.5 Il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1_tirage_skill_level, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 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 (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3). A cet égard, l'ESS 2018 a été publiée le 21 avril 2020; l'ESS 2016, le 26 octobre 2018 (étant précisé que le tableau T1_tirage_skill_level a été corrigé le 8 novembre 2018) ; et l'ESS 2014, le 15 avril 2016.

Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a estimé qu'il n'existe pas de motifs sérieux et objectifs justifiant une modification de sa jurisprudence relative à l'application des ESS dans le cadre de la détermination du degré d'invalidité des assurés (arrêt du Tribunal fédéral 8C_256/2021 du 9 mars 2022, destiné à la publication).

En matière d'assurance-invalidité, 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 147 V 178 consid. 1.3 ; ATF 135 V 297 consid. 5.2).

Depuis la 10e édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_skill_level de l'ESS 2012; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (arrêt du Tribunal fédéral 9C_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1 et les références).

10. En l'espèce, pour calculer le taux d'invalidité, l'intimée a retenu à titre de gain de valide, le salaire annuel de CHF 69'600.- réalisé en dernier lieu par le recourant dans son activité habituelle de délégué commercial, qu'elle a indexé à 2020, soit au final CHF 70'438.-. Quant au gain d'invalide, il est fondé sur le salaire statistique de l'ESS 2018, indexé à 2020, pour un homme exerçant une activité de niveau de compétence 1, soit CHF 68'446.-.

Ces montants ne sont pas remis en cause par le recourant, lequel fait, en revanche, valoir qu'il se justifiait de prendre en compte un abattement de 25%.

L'intimée n'a retenu aucun abattement, estimant, dans la décision querellée, qu'au vu de son expérience professionnelle élevée dans le domaine commercial à Genève depuis 1979 – en se référant au contenu de son curriculum vitae –, le recourant disposait de toutes les compétences requises pour exercer une activité répondant à ses limitations fonctionnelles et que la prise d'antalgiques depuis sa sortie d'hôpital, avec ses possibles effets secondaires, ne l'avait pas empêché de manifester sa volonté de retrouver du travail.

Le recourant conteste cette position, considérant, en substance, que ses limitations fonctionnelles, son absence de formation, les effets secondaires liés à la prise régulière d'antalgiques, le fait d'être psychologiquement affecté par sa situation et, surtout, son âge avancé, sont tous des facteurs d'abattement qui auraient dû être pris en compte dans le calcul de son taux invalidité.

En l'occurrence, un abattement n'entre en considération que si, sur un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (cf. arrêt 8C_118/2021 du 21 décembre 2021 consid. 6.3 et le référence).

Il sied de rappeler que l'intimée a rattaché le recourant à une activité adaptée, de niveau de compétence 1 selon l'ESS et respectant les limitations fonctionnelles, lesquelles exigent une activité exercée essentiellement en position assise, sédentaire, avec peu de phases debout, peu de phases nécessitant de la marche, sans montée ni descente d'escaliers et sans terrain accidenté ; elle retient également que la conduite automobile n'est plus exigible. Ces éléments ne sont pas contestés par le recourant.

Or, s'il est exact que dans le cadre des activités physiques ou manuelles simples que recouvrent les secteurs de la production et des services (ESS 2018, tableau TA1_skill-level, niveau de compétence 1), le Tribunal fédéral estime qu'un nombre suffisant d'entre elles correspond à des travaux légers, respectant les limitations fonctionnelles du type de celles du recourant (cf. arrêt 8C_659/2021 du 17 février 2022 consid. 4.3.1), ces limitations fonctionnelles associées à d'autres critères à prendre concrètement en compte peuvent justifier un abattement.

11. Le Tribunal fédéral a ainsi jugé (cf. arrêt 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3) qu'un abattement de 15% sur le revenu d'invalide était adéquat dans le cas d'un ouvrier au service de la voirie qui avait subi un traumatisme par écrasement au niveau du pied gauche avec de multiples lésions osseuses à la cheville, mais dont la reprise d'une activité à 100% était exigible malgré des limitations fonctionnelles (pas de marche en terrain accidenté, de montée/descente d'escaliers, de position debout, statique prolongée ou de marche prolongée). Selon le Tribunal fédéral, la nature des limitations fonctionnelles ne présentait pas de spécificités telles qu'elles étaient susceptibles d'induire, à elles seules, une réduction importante sur ses perspectives salariales compte tenu de la palette d'activités compatibles avec celles-ci, contrairement à son âge (58 ans au moment de la naissance de la rente) qui constituait un plus grand inconvénient, et au fait qu'il perdait l'avantage de compter 15 années de service chez un employeur public. Dans son résultat, l'abattement de 15% apparaissait donc approprié aux circonstances du cas d'espèce.

12. Concernant enfin le critère de l'âge, le Tribunal fédéral n'a pas encore clairement tranché le point de savoir si, dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, il constitue un critère d'abattement ou si l'influence de l'âge sur la capacité de gain doit être prise en compte uniquement dans le cadre de la réglementation

particulière de l'art. 28 al. 4 OLAA (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_659/2021 du 17 février 2022 consid. 4.3.2, 8C_597/2020 du 16 juin 2021 consid. 5.2.5 et la référence citée, 8C_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.2).

Il a néanmoins déclaré que l'âge d'un assuré ne constituait pas en lui-même un facteur de réduction du salaire statistique (arrêt 8C_661/2018 du 28 octobre 2019 consid. 3.3.4.2), mais que l'effet de l'âge combiné avec un handicap devait faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisant au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels (arrêt 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5).

13. En l'occurrence, malgré les limitations fonctionnelles reconnues dans le cas d'espèce, l'intimée n'a procédé à aucun abattement.

Si l'on peut considérer à l'instar de l'intimée que les effets secondaires liés à la prise d'antalgiques et l'affection psychologique, allégués par le recourant, ne sont pas documentés et n'ont pas empêché ce dernier de manifester initialement sa volonté de reprendre une activité professionnelle et que l'absence de formation ne joue pas de rôle lorsque le revenu d'invalide est déterminé en référence au salaire statistique auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives de niveau de compétence 1, comme c'est le cas en l'espèce (cf. arrêts arrêt 8C_659/2021 du 17 février 2022 consid. 4.3.1, 8C_118/2021 du 21 décembre 2021 consid. 6.3.2, 8C_175/2020 du 22 septembre 2020 consid. 4.2), force est de constater que le recourant présente cependant des limitations fonctionnelles importantes (pas de station debout et de marche prolongée, pas de marche en terrain instable et irrégulier, pas d'activité accroupie, pas d'échelle ou d'escabeau) dont on ne saurait faire entièrement abstraction, dans le cas d'un recourant âgé de 63 ans et 8 mois lorsque l'intimée a cessé de verser ses indemnités journalières et qui, malgré son inscription au chômage en février 2017, n'a plus jamais été en mesure de reprendre un emploi.

Les limitations fonctionnelles du recourant combinées à la situation personnelle concrète de ce dernier auraient des effets pénalisants au niveau salarial aux yeux d'un potentiel employeur. Ce dernier devrait accepter d'engager un homme étant à moins d'un an et demi de la retraite et souffrant d'atteintes à la santé ayant pour conséquences diverses limitations fonctionnelles. Rien dans le cas présent ne pourrait par ailleurs compenser les effets particulièrement pénalisants de l'état de santé et de l'âge du recourant aux yeux d'un potentiel employeur.

Il se justifie dès lors selon une évaluation globale du cas de retenir un abattement de 10%, pour prendre adéquatement en compte la situation du recourant.

Au vu de l'abattement de 10% qui s'impose dans ce cas, le recourant connait une perte de capacité de gain de CHF 8'836.60 (soit le revenu d'invalide (CHF 68'446.-) – 10% = CHF 61'601.40 au regard du revenu sans invalidité

CHF 70'438.00). Il a en conséquence droit à une rente d'invalidité calculée sur un degré d'invalidité de 13% (12.54% arrondi).

Le droit à une rente de l'assurance-accidents (seuil de 10%) est ainsi ouvert. La décision attaquée sera annulée au sens des considérants et le dossier renvoyé à l'intimée pour calcul de la rente d'invalidité.

14. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis.

Le recourant, qui obtient gain de cause sur la question de l'abattement, a droit à une indemnité à titre de dépens qui sera arrêté à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA).

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

*****

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 12 novembre 2020 en tant qu'elle fixe le taux d'invalidité à 3%.
4. La confirme pour le surplus.
5. Dit que le taux d'invalidité du recourant est de 13%, compte tenu d'un abattement de 10%.
6. Renvoie le dossier à l'intimée pour nouveau calcul de la rente d'invalidité au sens des considérants.
7. Alloue au recourant une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens à la charge de l'intimée.
8. Dit que la procédure est gratuite.
9. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Nathalie LOCHER	Marine WYSSENBACH

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