

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1578/2025

ATAS/298/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 avril 2026

Chambre 3

En la cause

A_____

recourant

représenté par CAP Protection Juridique SA, mandataire

contre

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS (SUVA)**

intimée

**Siégeant : Karine STECK, présidente; Christine LUZZATTO et Philippe LE GRAND
ROY, juges assesseurs**

EN FAIT

A. a. A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1987, originaire du Kosovo, marié et père de trois enfants, a exercé divers emplois avant de travailler en qualité de conseiller de vente automobile à partir du 1^{er} mai 2020.

b. Après son licenciement, l'assuré s'est annoncé, en avril 2021, à l'assurance-chômage. En tant que chômeur, il était assuré contre le risque d'accident auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA).

B. a. Le 14 mars 2022, l'assuré a été victime d'un accident. Selon la déclaration de sinistre du 18 mars 2022, il a glissé en montant les escaliers et s'est blessé à l'épaule droite, ce qui a eu pour conséquence une totale incapacité de travail.

La SUVA a pris le cas en charge et versé des indemnités journalières dès le 17 mars 2022.

b. Dans le cadre du suivi du dossier, la SUVA a recueilli plusieurs rapports médicaux, dont il ressort en particulier que l'assuré, souffrant d'omalgies droites à la suite de sa chute, était suivi principalement par les docteurs B_____, médecin généraliste, et C_____, spécialiste en chirurgie de l'épaule ; initialement, le traitement a essentiellement consisté en anti-inflammatoires, séances de physiothérapie et deux infiltrations (en avril et octobre 2022).

c. Le 22 décembre 2022, une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) arthrographique de l'épaule droite a montré une lésion partielle du versant bursal de la moitié postérieure du tendon supra-épineux désinsérant les 2/3 de l'attache du tendon supra-épineux sur pratiquement 7 mm dans le sens antéro-postérieur. Le tendon infra-épineux distal et antérieur avait un aspect légèrement hétérogène. Une fissuration du labrum supérieur s'étendait jusqu'à la limite avec le labrum postéro-supérieur. Des signes compatibles avec une bursite sous-acromiale ont également été mis en évidence.

d. Dans un rapport adressé à la SUVA le 23 décembre 2022, le Dr C_____ a posé les diagnostics de lésion partielle bursale du tendon sus-épineux représentant 50% de son insertion et probable lésion de type SLAP. Ces atteintes expliquaient la symptomatologie. À ce stade, il n'y avait pas de solution chirurgicale. L'assuré souhaitait reprendre une activité professionnelle adaptée à 100%.

e. Du 21 mars au 7 avril 2023, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR).

Selon le rapport du 5 mai 2023 des médecins de la CRR, l'assuré souffrait principalement des douleurs chroniques à l'épaule droite au décours de sa chute du 14 mars 2022. Etaient mentionnées à titre de diagnostics secondaires : une déchirure partielle du versant externe de l'insertion du tendon supra-épineux, une bursite sous acromiale, une arthropathie acromio-claviculaire et une lésion SLAP.

La situation n'était pas stabilisée. Une infiltration de produit anesthésique intra-articulaire avait été effectuée, sans amélioration, ni des douleurs, ni des amplitudes articulaires. L'assuré avait donc été renvoyé au Dr C_____ afin de discuter d'une éventuelle opération en lien avec la lésion de type SLAP.

f. Le 12 mai 2023, le docteur D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de la SUVA, a retenu que l'accident du 14 mars 2022 était à l'origine de la lésion de type SLAP. Selon l'avis des médecins de la CRR, une opération à l'épaule en lien avec l'accident était nécessaire.

g. Le 6 juin 2023, le Dr C_____ a opéré l'assuré (arthroscopie de l'épaule droite, avec ténodèse du long chef du biceps, acromioplastie et résection du centimètre externe de la clavicule).

h. Selon un rapport du 3 août 2023 du Dr C_____, le résultat de l'opération était mitigé. L'assuré souffrait toujours. Une infiltration était proposée.

i. Le 8 décembre 2023, l'IRM a montré un statut post-acromioplastie sans particularité, une bursite sous-acromio-deltoïdienne minime, une déchirure interstitielle non transfixiante de la partie distale du tendon sus-épineux s'étendant sur 15 mm et une probable capsulite active débutante. Le statut post-ténodèse du long chef du biceps était en place et sans particularité.

j. Le 22 janvier 2024, le Dr D_____ a retenu le diagnostic de capsulite rétractile et préconisé un nouveau séjour à la CRR.

k. Du 28 février au 27 mars 2024, l'assuré a séjourné une nouvelle fois à la CRR.

Les médecins de la clinique, dans leur rapport du 25 avril 2024, ont conclu à : un status post-ténodèse du long chef du biceps et résection de la clavicule distale, consécutif à l'intervention du 6 juin 2023. Aucun nouveau diagnostic n'a été posé. Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées. Des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par l'assuré dans l'attente de solutions externes à la résolution de ses douleurs d'épaule et de ses projets professionnels. L'évolution subjective et objective n'avait pas été significative.

La participation de l'assuré aux thérapies était qualifiée de moyenne, limitée par les douleurs annoncées. Aucune incohérence n'avait été relevée.

En ateliers professionnels, des périodes allant jusqu'à 2 heures consécutives dans des activités très légères avaient été planifiées. L'assuré se plaignait de douleurs à l'épaule droite lors des mouvements en hauteur ou au port de charges répété. Durant l'évaluation, il s'était montré collaborant, les exercices étaient bien réalisés, dans les temps impartis, malgré les plaintes douloureuses. Une bonne intégration de la main droite avait été observée dans les activités de dextérité fine, bimanuelles. L'assuré restait dans l'attente d'une aide de l'assurance-invalidité

pour démarrer une activité d'indépendant dans la réparation d'appareils multimédias et électroniques.

Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : éviter le port répété de charges supérieures à 5-10 kg, toute activité nécessitant des mouvements répétitifs de l'épaule droite ou le maintien du membre supérieur droit au-dessus du plan horizontal.

Aucune nouvelle intervention n'était proposée et des gestes infiltratifs avaient déjà été essayés, en vain.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était favorable sur le plan médical. La capacité de travail était de 100% dans l'activité habituelle de vendeur automobile.

l. Le 30 avril 2024, le Dr D_____ a émis l'avis que la situation médicale était stabilisée. Il n'y avait pas de droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI). Les limitations fonctionnelles retenues par les médecins de la CRR étaient compatibles avec le métier antérieurement exercé à 100%, sans perte de rendement.

m. Le 23 mai 2024, la SUVA a informé l'assuré qu'elle mettait un terme au versement de ses prestations avec effet au 31 mai 2024, dès lors que l'assuré n'avait plus besoin de traitement pour les suites de son accident et que les séquelles de ce dernier ne diminuaient pas significativement sa capacité à exercer son activité habituelle de conseiller de vente automobile.

n. Par pli du 28 mai 2024, l'assuré a demandé à la SUVA de revoir sa position. Il arguait que l'activité de vendeur automobile n'était pas son activité habituelle et qu'elle ne pourrait le devenir dans le futur. Après s'être renseigné, il avait constaté que, pour un poste de commercial automobile, il était nécessaire d'avoir au moins cinq ans d'expérience et un certificat fédéral de capacité de commerce ou d'hôtellerie. Or, il avait travaillé seulement onze mois dans le domaine de la vente automobile et ne disposait d'aucun des diplômes nécessaires. Son activité professionnelle s'était essentiellement effectuée dans le bâtiment et la manutention, comme l'attestait son *curriculum vitae*, transmis avec son courrier. La dernière activité qu'il avait exercée avant le chômage était en réalité celle de maçon, du 4 au 30 avril 2021, conformément à un contrat de travail de durée déterminée daté du 26 mars 2021 et une attestation de salaire d'avril 2021, produits également en annexes.

o. Le 11 juin 2024, le Dr D_____ a émis un nouvel avis selon lequel l'assuré pouvait reprendre à 100%, sans perte de rendement, une activité respectant les limitations fonctionnelles, à savoir éviter le port répété de charges supérieures à 5-10 kg, les mouvements répétitifs de l'épaule droite et le maintien du membre supérieur droit au-dessus du plan horizontal. Il devrait s'agir d'une activité légère, incompatible avec les métiers évoqués par l'intéressé, qui n'étaient donc plus exigibles. Il confirmait pour le surplus qu'aucune IPAI ne devait être accordée.

p. Le 28 juin 2024, la SUVA a informé l'assuré qu'après réexamen de la situation et à la lumière des nouveaux éléments fournis, elle annulait sa lettre de bouclage du 23 mai 2024 et reprenait le versement des prestations provisoires (indemnités journalières et frais de traitement) dès le 1^{er} juin 2024.

q. Par courriel du 3 juillet 2024, l'assuré a expliqué à la SUVA qu'à la suite de sa lettre du 23 mai 2024, il s'était inscrit au chômage. Dans ce contexte, il avait, à la demande de l'office cantonal de l'emploi, effectué un stage, du 17 au 21 juin 2024, auprès de la Fondation E_____ (ci-après : E_____) pour un « bilan de positionnement marché - limitation de santé ».

Il ressortait du rapport de stage du 28 juin 2024 que celui-ci avait dû être écourté en raison d'importantes douleurs à l'épaule. Malgré les adaptations du poste aux limitations de santé, les douleurs ressenties par l'assuré étaient permanentes et conséquentes, ce qui se répercutait sur son rendement et l'assuré se trouvait dans l'incapacité d'assumer une journée complète de travail. Au-delà des limitations physiques, il se sentait émotionnellement dépassé par sa situation et exprimait régulièrement ses craintes. À ce stade, il était donc difficile de pouvoir définir un métier entièrement adapté à sa situation de santé. Une intégration sur le premier marché semblait difficilement réalisable sans une investigation médicale plus approfondie.

r. Par pli du 24 juillet 2024, la SUVA a informé l'assuré qu'elle mettrait fin au versement de ses prestations (prise en charge des soins médicaux et indemnités journalières) avec effet au 31 août 2024. Après examen du dossier par son service médical, celui-ci estimait que la situation était stabilisée et que l'assuré n'avait plus besoin de traitement.

s. Par décision du 12 septembre 2024, la SUVA a nié à l'assuré le droit à une rente et à une IPAI.

La SUVA a estimé que l'assuré était apte à exercer dans différents secteurs de l'industrie une activité respectant les limitations fonctionnelles énoncées (pas de port répété de charges supérieures à 5-10 kg, pas d'activité nécessitant des mouvements répétitifs de l'épaule droite et pas d'activité nécessitant le maintien du membre supérieur droit au-dessus du plan horizontal). Une telle activité était exigible à 100% et lui permettrait de réaliser, selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS ; catégorie hommes, niveau de compétence 1), après réduction de 5%, un salaire annuel de CHF 64'824.-. La comparaison au revenu avant invalidité (CHF 68'236.-) conduisait à une perte de gain de 5%, insuffisante pour ouvrir droit à une rente.

Par ailleurs, les conditions requises pour l'octroi d'une IPAI n'étaient pas non plus remplies vu l'absence d'atteinte importante à l'intégrité physique.

t. Dans un rapport du 5 octobre 2024, le Dr B_____ a posé le diagnostic de raideur post-traumatique à l'épaule droite à la suite de l'accident du 14 mars 2022, avec SLAP de type 2, tendinopathie et/ou instabilité du long chef du biceps,

arthropathie acromio-claviculaire et capsulite active de l'épaule. L'évènement traumatique du 14 mars 2022 n'avait, à sa connaissance, pas décompensé un état antérieur, étant précisé qu'avant l'accident, l'assuré était en bonne santé habituelle. Le *statu quo ante* n'avait jamais été atteint, étant donné que des lésions et incapacités subsistaient. À sa connaissance, il n'y avait pas d'autre facteur extrinsèque ou intrinsèque. L'état définitif n'était pas encore atteint, une fois la capsulite d'épaule disparue, un traitement de physiothérapie et d'ergothérapie visant une amélioration de l'état actuel pourrait toujours être envisageable. L'assuré restait limité dans la mobilisation dans les trois axes de l'épaule droite et atteindre l'horizontale ou encore porter des poids supérieurs à 5 kg était actuellement impossible. Avec ses limitations, il était incapable d'exercer son métier de maçon en bâtiment. En revanche, il disposait d'une capacité de travail théorique de 50% dans une activité adaptée, notamment une activité avec des mouvements fins au niveau des doigts et des mains. L'appréciation de la SUVA sur l'IPAI était controversée, dès lors que l'assuré avait perdu une importante fonction au niveau du membre supérieur droit et ses activités et capacités restaient limitées pour l'instant.

u. Les 11 octobre et 14 novembre 2024, l'assuré s'est opposé à la décision du 12 septembre 2024.

v. Le 9 octobre 2024, le Dr C_____ a notamment indiqué, dans un rapport partiellement illisible, que l'état de l'assuré rendait encore nécessaire un traitement peu invasif. Les limitations fonctionnelles consistaient en une raideur post-traumatique. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de maçon et difficile à évaluer dans une activité adaptée, qui devrait être légère, par exemple d'ordre administratif.

w. En octobre 2024, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) – auprès duquel l'assuré avait déposé une demande de prestations le 20 septembre 2022 – a mis en œuvre une expertise bi-disciplinaire, orthopédique et psychiatrique, dont les conclusions ont été communiquées à la SUVA le 24 janvier 2025.

Le docteur F_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, retenait que l'assuré présentait des auto-limitations dont l'origine n'était ni mécanique, ni orthopédique, non cohérentes et non explicables d'un point de vue orthopédique. Dans ce contexte, il concluait à une capacité de travail de 100%, sans diminution de rendement, six semaines après l'évènement traumatique, dans l'activité habituelle de vendeur automobile ou dans une activité adaptée.

x. Le 17 février 2025, le Dr D_____ a modifié son appréciation concernant l'IPAI. Sur la base de l'ensemble des évaluations et, en particulier, la dernière expertise, il n'était pas possible de se fier aux limitations fonctionnelles de mobilité. Cela étant, l'IRM avait montré une périarthrite scapulo-humérale débutante pouvant être la conséquence de la capsulite rétractile. Partant, l'assuré

devait se voir reconnaître le droit à une IPAI de 10%, correspondant à une périarthrite scapulo-humérale moyenne.

y. Dans un rapport du 7 mars 2025, la docteure G_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, suivant l'assuré au côté du Dr C_____, a retenu, à titre de limitations fonctionnelles : le port de charges de plus de 3 kg, le travail au-delà du plan horizontal et les mouvements répétitifs avec le bras droit. Dans une activité adaptée mono-manuelle, la capacité de travail était de 100%.

z. Par décision du 21 mars 2025, la SUVA a partiellement admis l'opposition de l'assuré, en ce sens qu'elle lui a reconnu le droit à une IPAI de CHF 14'820.- basée sur un taux de 10%. Elle a, pour le surplus, rejeté l'opposition.

- C. a. Par écriture du 7 mai 2025, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'octroi de toutes les prestations d'assurance-accidents, en particulier à la reprise du versement des indemnités journalières, à la prise en charge des frais médicaux et à l'octroi d'une rente d'invalidité, ainsi que d'une IPAI de 30%, soit de CHF 44'460.-. Subsidiairement, il a conclu au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle instruction.

Le recourant allègue que, contrairement à l'avis du médecin-conseil de l'intimée, son médecin traitant affirme que sa capacité de travail est toujours nulle. Dès lors, il considère que, soit le versement des indemnités journalières et la prise en charge des éventuels traitements devrait continuer, soit le droit à une rente devrait lui être reconnu.

Dans l'hypothèse où la Cour de céans devrait admettre une capacité de travail, celle-ci ne serait que partielle.

Par ailleurs, le revenu avec invalidité ne pourrait être supérieur au salaire minimum appliqué à Genève, soit 24.32 CHF/h. en 2024. Il faudrait en outre appliquer une réduction d'au moins 20% pour tenir compte des nombreuses limitations fonctionnelles, de son inexpérience et de son manque de formation.

À l'appui de sa position, le recourant produit notamment un rapport du 28 avril 2025 du Dr B_____, rappelant les diagnostics et douleurs chroniques à l'épaule droite et faisant état, le 15 avril 2025, de douleurs débutantes à l'épaule gauche, se manifestant sous la forme de « lancées » au niveau du dos, ainsi que d'une dégradation de l'état psychique de son patient.

b. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 15 mai 2025, a conclu au rejet du recours.

c. Le 22 janvier 2026, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il produit plusieurs rapports médicaux rédigés le 18 décembre 2025 par le Dr B_____, le 16 décembre 2025 par la docteure H_____, spécialiste en

psychiatrie et psychothérapie, le 7 janvier 2026 par la docteure I_____ et le 11 décembre 2025 par les Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG).

d. Le 12 mars 2026, l'intimée a maintenu ses conclusions, se fondant sur les nouvelles appréciations de ses médecins-conseils émises le 4 février 2026 par le Dr D_____ et le 6 mars 2026 par le docteur J_____, spécialiste en ophtalmologie.

e. Les autres faits seront repris, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

1.

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

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

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

1.3 Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (*cf.* art. 82a LPGA *a contrario*).

1.4 Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai de trente jours prévus par la loi (art. 60 al. 1 LPGA), compte tenu de la suspension des délais du 7^e jour avant Pâques au 7^e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations provisoires au-delà du 31 août 2024, voire à une rente d'invalidité, d'une part, sur le taux de l'IPAI à lui accorder, d'autre part.

3.

3.1 Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et la référence ; 129 V 402 consid. 2.2 et les références).

3.2 Les prestations suivantes sont notamment prévues en cas d'accident.

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

Conformément à 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). Il est précisé à l'art. 6 LPGA, première phrase, qu'est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

À teneur de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge de référence. L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Par ailleurs, aux termes de l'art. 24 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité.

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

L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3). L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical, ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures – comme une cure thermale – ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective et non sur la base de constatations rétrospectives (arrêts du Tribunal fédéral 8C_799/2023 du 3 septembre 2024 consid. 3.3.1 et les

références ; 8C_642/2023 du 20 mars 2024 consid. 3.1.1 et la référence). Ainsi, des rapports médicaux établis postérieurement à l'examen de la stabilisation de l'état de santé ne sont pas pertinents (arrêt du Tribunal fédéral 8C_528/2022 du 17 novembre 2022 consid. 7.4, cité dans David IONTA, Stabilisation de l'état de santé en LAA, in HAVE/REAS 4/2023, p. 316). Les renseignements médicaux relatifs aux possibilités thérapeutiques et à l'évolution de la maladie, généralement saisis sous la notion de pronostic, constituent en premier lieu la base de l'appréciation de cette question juridique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_682/2021 du 13 avril 2022 consid. 5.1 et les références).

Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (par exemple une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire ou qui ne sert non pas à guérir l'atteinte à la santé mais uniquement à combattre les symptômes (arrêt du Tribunal fédéral 8C_363/3030 du 29 septembre 2020 consid. 4.1 cité dans David IONTA, *op. cit.*, p. 316). Le seul fait que la personne assurée ressente encore des douleurs ou souffre de douleurs chroniques ne permet pas de conclure que son état de santé n'est pas stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_20/2022 du 10 juin 2022 consid. 6.3 cité dans David IONTA, *op. cit.*, p. 316). Il en est de même lorsque le cas de l'assuré s'est chronicisé et qu'aucun geste médical ni chirurgical n'est susceptible d'apporter une quelconque amélioration de la situation et que des infiltrations ne permettent pas de changer de façon substantielle le pronostic du patient (arrêt du Tribunal fédéral 8C_484/2019 du 3 août 2020 consid. 5.2 cité dans David IONTA, *op. cit.*, p. 316). Par ailleurs, la prescription d'antalgiques et de séances de physiothérapie est compatible avec un état stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_93/2022 du 19 octobre 2022 consid. 4.2 cité dans David IONTA, *op. cit.*, p. 316).

Il faut en principe que l'état de santé de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C_591/2022 du 14 juillet 2023 consid. 3.2 et la référence).

Dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, il appartient à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 144 V 354 consid. 4.1 ; 143 V 148 consid. 3.1.1 ; 134 V 109 consid. 4.1 et les références).

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

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

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

4.1.1 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 simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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

4.1.2 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 même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4).

4.1.3 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

4.1.4 Il appartient avant tout aux médecins, et non aux spécialistes de l'orientation professionnelle, de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré souffrant d'une atteinte à la santé et sur les éventuelles limitations résultant de celle-ci. Cependant, les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire entre les médecins et les organes d'observation professionnelle, on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité

résiduelle de travail de l'assuré. En effet, dans les cas où ces appréciations (d'observation professionnelle et médicale) divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au tribunal – conformément au principe de la libre appréciation des preuves – de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral 8C_607/2024 du 18 août 2025 consid. 5.1.2 et les références).

4.2 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (*cf.* ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

- 5.** En l'espèce, l'intimée, par la décision litigieuse, a mis fin à ses prestations provisoires (frais de traitement et indemnités journalières) au 31 août 2024, nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité et lui a reconnu le droit à une IPAI de 10%. L'intimée a justifié sa position en s'appuyant sur les appréciations émises les 12 mai 2023, 30 avril, 11 juin 2024 et 17 février 2025 par le Dr D_____ et sur le rapport des médecins de la CRR du 24 avril 2024.

Le recourant conteste les conclusions du médecin-conseil de l'intimée, faisant valoir principalement que sa capacité de travail est toujours nulle, ou, tout au plus, partielle. Il invoque l'avis de ses médecins traitants.

5.1 Il s'agit donc d'examiner, dans un premier temps, si l'évaluation du Dr D_____ peut se voir accorder une pleine valeur probante.

Il convient à titre liminaire de relever que les conclusions de ce médecin ont été établies sur dossier uniquement. Cet élément ne remet pas en question la valeur probante de ses avis, pour autant que ceux-ci se fondent sur des rapports établis

suite à un examen clinique du recourant et qu'ils répondent aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante.

Si le Dr D_____ a établi des appréciations brèves, dépourvues de motivation – sous réserve de son rapport du 17 février 2025 relatif à l'IPAI –, on comprend qu'il se fonde essentiellement sur les conclusions des médecins de la CRR. Or, ceux-ci ont pu examiner le recourant durant son séjour du 28 février au 27 mars 2024, tant sur le plan médical que sur celui de la réadaptation professionnelle. Dans leur rapport, les médecins ont ainsi établi une anamnèse, résumé les examens pratiqués et rapporté les plaintes du recourant, ainsi que leurs propres observations et appréciations. Ils ont constaté un status post ténodèse du long chef du biceps et résection de la clavicule distale et n'ont posé aucun nouveau diagnostic. À noter que, dans leur rapport du 5 mai 2023 établi à la suite du premier séjour du recourant du 21 mars au 7 avril 2023, les médecins de la CRR avaient retenu une déchirure partielle du versant externe de l'insertion du tendon supra-épineux, une bursite sous acromiale, une arthropathie acromio-claviculaire et une lésion SLAP.

Le Dr D_____, qui se fonde sur l'appréciation des médecins de la CRR du 5 mai 2023, reconnaît que l'accident du 14 mars 2022 est à l'origine de la lésion SLAP et a rendu nécessaire l'opération du 6 juin 2023.

Sur la question de la stabilisation de l'état de santé, le médecin-conseil estime que l'état du recourant peut être considéré comme stabilisé dès le 30 avril 2024. On relèvera que les médecins de la CRR indiquent dans leur rapport du 24 avril 2024 qu'aucune nouvelle intervention n'a été proposée et que des infiltrations ont été tentées, sans améliorer la situation. Le seul traitement mentionné consiste en antalgiques et séances de physiothérapie. À cet égard, on rappellera que, conformément à la jurisprudence fédérale en matière de stabilisation, la prescription d'antalgiques et de séances de physiothérapie est compatible avec un état stabilisé. Dans ces conditions, il paraît justifié de retenir que l'état de l'assuré était bel et bien stabilisé au 30 avril 2024.

Concernant les limitations fonctionnelles, le Dr D_____ reprend celles constatées par les médecins de la CRR, à savoir : éviter le port répété de charges supérieures à 5-10 kg, les mouvements répétitifs avec l'épaule droite et le maintien du membre supérieur droit au-dessus du plan horizontal. Quant à la capacité de travail, le médecin-conseil l'estime nulle dans l'activité habituelle de maçon, mais de 100% dans une activité adaptée auxdites limitations fonctionnelles. On relèvera que les médecins de la CRR ont retenu, sur le plan médical, un pronostic favorable de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles.

S'agissant enfin de l'IPAI, si le Dr D_____ n'a initialement pas retenu d'atteinte à l'intégrité justifiant une telle indemnité, il a finalement reconnu, dans son rapport motivé du 17 février 2025, une IPAI de 10% en faveur du recourant, en

raison de la périarthrite scapulo-humérale débutante mise en évidence, expliquant que cette atteinte était la conséquence d'une capsulite rétractile, visible à l'imagerie.

Force est de constater que les conclusions du Dr D_____, se fondant essentiellement sur les constatations et appréciations motivées des médecins de la CRR, sont convaincantes. Aussi, sous réserve d'éléments qui justifieraient de s'en écarter, elles doivent se voir reconnaître une pleine valeur probante.

5.2 Pour contester la position du médecin-conseil, le recourant invoque les rapports de ses médecins traitants.

En octobre 2024, le Dr C_____ a simplement retenu, à titre de limitations fonctionnelles, une raideur post-traumatique de l'épaule droite, sans se prononcer sur la capacité de son patient à exercer une activité adaptée.

En mars 2025, la Dre G_____ a quant à elle énoncé des limitations fonctionnelles semblables à celles retenues par le Dr D_____ et admis – tout comme lui – une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée.

Le Dr B_____, qui a fait état des mêmes diagnostics que ceux retenus par le Dr D_____, estime, lui, que l'état définitif ne serait pas encore atteint. Il explique qu'une fois la capsulite d'épaule disparue, un traitement de physiothérapie et d'ergothérapie visant une amélioration de l'état actuel pourrait toujours être envisageable. Or, comme souligné précédemment, un traitement composé de physiothérapie et d'ergothérapie est compatible avec un état stabilisé. Quant à l'évaluation par ce médecin des limitations fonctionnelles et de la capacité à exercer une activité adaptée, elle ne convainc pas la Cour de céans, dès lors que les spécialistes, tant médecins traitants que médecins-conseils, qui ont examinés le recourant, ont pour leur part admis la pleine capacité de l'assuré à exercer une activité adaptée.

Les rapports produits par le recourant avec sa réplique ont été établis postérieurement à la décision litigieuse du 21 mars 2025 et font état d'éléments également postérieurs à cette décision. Ainsi, dans son rapport du 28 avril 2025, le Dr B_____ indique que le recourant s'est plaint, lors d'une consultation du 15 avril 2025, d'un début de douleur à l'épaule gauche. Dans son rapport du 18 décembre 2025, ce médecin rapporte une aggravation de l'état du recourant, en raison de douleurs apparues à l'épaule gauche, qui serait dues à une sollicitation compensatoire. Un rapport d'IRM de l'épaule gauche du 18 novembre 2025, également versé à la procédure, met en évidence des atteintes débutantes. Il découle de ce qui précède que les troubles à l'épaules gauche sont postérieurs à la décision litigieuse. Le même constat peut être fait concernant les douleurs nucales et les troubles oculaires faisant l'objet du rapport des HUG du 11 décembre 2025. Quant aux docteurs H_____ et K_____, psychiatres, dans leurs rapports respectifs des 16 décembre 2025 et 7 janvier 2026, ils font état de troubles psychiques constatés, eux aussi, postérieurement à la décision litigieuse.

Or, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_217/2019 du 5 août 2019 consid. 3). Dans la mesure où il n'appartient pas à la juridiction cantonale de statuer à la place de l'intimée sur ces nouveaux éléments médicaux, qui excèdent l'objet du litige, ceux-ci pourront être soumis à l'intimée par le recourant dans le cadre d'une nouvelle procédure, en respect du principe du double degré de juridiction.

5.3 S'agissant ensuite du rapport d'observation professionnelle établi le 28 juin 2024 par E_____, on soulignera qu'il appartient avant tout aux médecins, non aux spécialistes de l'orientation professionnelle, de se prononcer sur la capacité de travail et sur les éventuelles limitations résultant d'une atteinte à la santé. En outre, les médecins de la CRR ont eux aussi examiné concrètement dans quelle mesure le recourant était à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail et ont évalué la capacité à exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à 100%, ce qui a été confirmé par la Dre G_____. Dès lors, le rapport d'observation professionnelle produit par le recourant ne suffit pas à jeter le doute sur les conclusions du Dr D_____.

Au demeurant, on relèvera que les résultats du volet orthopédique de l'expertise mise en œuvre par l'OAI et figurant au dossier de l'intimée confortent également la position du médecin-conseil de l'intimée.

Compte tenu de ce qui précède, aucun élément ne justifie de s'écarter des conclusions du Dr D_____.

- 6.** L'état de santé du recourant étant considéré comme stabilisé et sa capacité de travail résiduelle ayant été déterminée de manière probante par l'intimée, il s'agit à présent d'examiner le calcul du taux d'invalidité et celui de l'IPAI.

6.1 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 obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). En règle générale, 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 137 V 334 consid. 3.3.1).

6.2 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 consid. 4.1 et les références).

6.3 Le revenu sans invalidité se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires. En effet, selon l'expérience générale, la dernière activité aurait été poursuivie sans atteinte à la santé. Les exceptions à ce principe doivent être établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_934/2015 du 9 mai 2016 consid. 2.2). Toutefois, lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le salaire doit être établi sur la base de valeurs moyennes. Autrement dit, dans un tel cas, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide (arrêt 8C_732/2019 du 19 octobre 2020 consid. 3.2 et les références).

6.4 Pour déterminer le revenu d'invalidité de l'assuré, il faut en l'absence d'un revenu effectivement réalisé se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner le point de savoir si un assuré peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt du Tribunal fédéral 8C_466/2015 du 26 avril 2016 consid. 3.2.2). L'évaluation de l'invalidité s'effectue en effet à l'aune d'un marché équilibré du travail. Cette notion, théorique et abstraite, sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-accidents. Elle présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre d'une part et un marché du travail structuré permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des sollicitations intellectuelles que physiques d'autre part. Le revenu tiré d'activités simples et répétitives (niveau 1 dès l'ESS 2012) est une valeur statistique qui s'applique 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2015 du 23 février 2016 consid. 3.1).

6.5 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), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_skill_level et non pas le tableau TA1_b (ATF 142 V 178).

6.6 La valeur statistique – médiane – s'applique, 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 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_801/2021 du 28 juin 2022 consid. 3.6).

Les tableaux TA1, T1 et T17 de l'ESS 2020 ont été publiés le 23 août 2022 ; l'ESS 2018, 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'y a pas de motif sérieux et objectif de modifier la jurisprudence selon laquelle la détermination du revenu d'invalide sur la base des valeurs statistiques se fonde en principe sur la valeur centrale, respectivement médiane, de l'ESS (ATF 148 V 174 consid. 9.2.3 et 9.2.4).

Depuis la 10^{ème} édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. 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).

6.7 En règle générale, la comparaison des revenus des assurés exerçant une activité lucrative (art. 16 LPGA) doit être effectuée de manière à ce que les deux revenus hypothétiques provenant de l'activité lucrative (revenu de valide et revenu d'invalidé) soient calculés le plus précisément possible et comparés l'un à l'autre, ce qui permet de déterminer le degré d'invalidité à partir de la différence de revenu. Toutefois, si le revenu de valide et le revenu d'invalidé sont calculés à partir du même salaire statistique, il n'est pas nécessaire de les déterminer avec précision. Dans ce cas, le degré d'invalidité correspond en effet au degré d'incapacité de travail, compte tenu d'une éventuelle déduction du salaire fondé sur les statistiques, qui ne doit pas dépasser 25%. Il ne s'agit pas d'une « comparaison en pour-cent » au sens de l'ATF 114 V 310 consid. 3a, mais d'une simplification purement arithmétique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_111/2023 du 12 octobre 2023 consid. 6.2 et les références).

6.8 La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Une telle déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'intéressé ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et les références ; 126 V 75 consid. 5b/aa). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour

chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 126 V 75 consid. 5b/bb et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 3.3 et les références). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (*cf.* ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et ss. et les références). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

À cet égard, le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire cantonale n'est pas limité à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative (« Angemessenheitskontrolle »). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans l'exercice de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. À cet égard, le tribunal des assurances sociales ne peut pas, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2 et la référence).

6.9 Le salaire fondé sur l'ESS doit encore être adapté à l'horaire de travail usuel de la branche, et indexé à l'année déterminante en tenant compte des valeurs spécifiques au sexe (ATF 129 V 408).

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

6.10 La notion de marché équilibré du travail, au sens de l'art. 16 LPGA, est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques. Il n'y a donc pas lieu d'examiner la question de savoir si un assuré peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail sur un

marché où les places de travail disponibles correspondent à l'offre de main d'œuvre (arrêt du Tribunal fédéral 9C_248/2018 du 19 septembre 2018 consid. 6.2 et les références). En d'autres termes, il n'y a pas lieu de poser des exigences excessives à la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain, au regard en particulier des postes permettant l'exécution de travaux peu exigeants du point de vue physique et sous l'angle des qualifications ou connaissances professionnelles requises. Restent ainsi exigibles une activité ou un poste de travail qui requièrent une certaine obligeance de la part de l'employeur, le marché du travail équilibré comprenant aussi de telles places de travail, dites « de niche » (arrêt du Tribunal fédéral 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 et les références).

La jurisprudence a par ailleurs admis que les possibilités de travail sur un marché du travail équilibré sont suffisamment concrétisées dans la mesure où entrent en considération, comme exemples d'activités exigibles, des travaux simples de surveillance ou de contrôle, l'utilisation et la surveillance de machines (semi-) automatiques ou d'unités de production, ainsi que l'activité de surveillant de musée ou de parking (arrêt du Tribunal fédéral 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 et les références).

Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché du travail équilibré lorsque, notamment, l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (ATF 148 V 174 consid. 9.1 et les références). Cependant, là encore, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) – et non de facteurs étrangers à l'invalidité, par exemple de facteurs psychosociaux ou socioculturels (arrêt du Tribunal fédéral 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 et les références).

7. En l'occurrence, le recourant conteste le revenu d'invalidité retenu par l'intimée et le taux d'abattement de 5% appliqué sur celui-ci.

7.1 Au préalable, on relèvera que le début de l'éventuel droit à la rente du recourant doit être fixé au moment de la stabilisation de l'état de santé du recourant, soit le 30 avril 2024, de sorte qu'il convient de procéder à la comparaison des revenus durant cette année-là.

Cela étant, dès lors que l'intimée a volontairement continué le versement de ses prestations provisoires (frais de traitement et indemnités journalières) jusqu'au 31 août 2024, malgré la stabilisation de l'état de santé du recourant constatée par le Dr D_____ (cf. appréciation du 30 avril 2024), le versement de la rente du recourant interviendrait au plus tôt le 1^{er} septembre 2024.

7.2 S'agissant des revenus avant et après invalidité, l'intimée les a tous deux déterminés au moyen de l'ESS, ce qui ne prête pas le flanc à la critique, à tout le moins sur le principe, dès lors que le recourant était au chômage au moment de l'accident du 14 mars 2022 et qu'il n'a pas repris d'activité concrète depuis lors.

Pour ces deux revenus, l'intimée s'est référée à l'ESS 2022, tableau TA1_tirage_skill_level, ligne « total », pour un homme, niveau de compétence 1, au motif que depuis sa venue en Suisse et jusqu'à l'accident, le recourant a exercé diverses activités professionnelles et, qu'à la suite de l'invalidité, une activité adaptée de niveau de compétence 1 selon l'ESS est exigible.

En l'occurrence, le recourant ne critique pas cette manière de faire pour ce qui est du revenu d'invalidité. Il conteste en revanche le revenu d'invalidité tel que retenu par l'intimée, estimant que celui-ci aurait dû être évalué sur la base du revenu minimum appliqué à Genève. Ce grief doit être écarté, dès lors que, selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral susmentionnée, il convient, en l'absence de revenus concrètement réalisés après l'invalidité, d'utiliser l'ESS pour déterminer le revenu d'invalidité.

Dans la mesure où les revenus de valide et d'invalidité sont calculés à partir du même salaire statistique, il n'est pas nécessaire de les déterminer avec précision, puisque le degré d'invalidité correspond au degré d'incapacité de travail, compte tenu d'un éventuel abattement du salaire fondé sur les statistiques.

L'abattement de 5% retenu par l'intimée est contesté par le recourant, qui fait valoir que ses nombreuses limitations fonctionnelles, son inexpérience et son manque de formation justifieraient une réduction de 20%.

La Cour de céans relève qu'une réduction au titre du handicap dépend de la nature des limitations fonctionnelles présentées et 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. arrêts du Tribunal fédéral 8C_280/2022 du 1^{er} mars 2023 consid. 7.2.3 ; 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 4.3.1 ; 8C_659/2021 du 17 février 2022 consid. 4.3.1 ; 8C_118/2021 du 21 décembre 2021 consid. 6.3.1).

En l'espèce, le recourant présente des limitations fonctionnelles d'ordre somatique, l'empêchant d'effectuer des activités contraignantes pour son épaule droite. Ces limitations ne paraissent pas être de nature à empêcher le recourant d'exercer l'une des activités physiques ou manuelles simples que recouvre le marché équilibré du travail selon l'ESS 2020 (tableau TA1_skill_level et niveau de compétences 1). Un nombre suffisant d'entre elles correspondent à des travaux légers respectant les limitations fonctionnelles du recourant.

Par ailleurs, le manque de formation n'est pas déterminant, dès lors qu'il s'agit d'un facteur étranger à l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_474/2010 du 11 avril 2011 consid. 3.2).

Quant au manque d'expérience dans une nouvelle profession, il ne constitue pas non plus un facteur susceptible de jouer un rôle significatif sur ses perspectives salariales, lorsque les activités adaptées envisagées (simples et répétitives de niveau de compétence 1) ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique. En outre, tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'effectuer un abattement à ce titre (arrêt du Tribunal fédéral 8C_131/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2).

Au vu des seules limitations fonctionnelles entrant en considération à titre de critère de réduction, l'intimée est restée dans les limites de son pouvoir d'appréciation en retenant un abattement de 5%.

7.3 Partant, le degré d'invalidité de 5%, correspondant en l'espèce au taux d'abattement, doit être confirmé. Le recourant n'a donc pas droit à une rente.

- 8.** Il convient enfin d'examiner si le taux d'IPAI de 10% retenu par l'intimée est critiquable.

8.1 Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2 1re phr.).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Elle se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel. En cela, elle se distingue de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (ATF 115 V 137 consid. 1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.2 et les références ; 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références).

Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; RAMA 2004 p. 415 ; arrêt du Tribunal fédéral U.134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2).

8.2 Pour mémoire, à teneur de la décision litigieuse, l'intimée a reconnu au recourant le droit à une IPAI de 10% sur la base de l'appréciation du 17 février 2025 du Dr D_____.

Ce dernier a retenu que la périarthrite scapulo-humérale débutante, qu'il estime être la conséquence d'une capsulite rétractile, visible à l'imagerie, justifie un taux d'IPAI de 10%.

Le recourant s'est contenté de conclure à un taux d'au moins 30%, sans apporter aucun élément en ce sens. Or, aucun avis médical au dossier ne procède à une évaluation divergente de son atteinte à l'intégrité ou ne permet de mettre en doute l'appréciation du médecin-conseil de l'intimée.

Partant, la décision litigieuse sera confirmée sur ce point également.

9. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Karine STECK

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