

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1982, sans formation certifiée, est arrivé en Suisse en novembre 2001. Après avoir travaillé dans la restauration de 2001 à 2004 puis en tant que plâtrier pour diverses entreprises dès 2005, il a été engagé dès le 1^{er} avril 2008 en qualité de staffeur par B_____ (ci-après : l'employeur). Il bénéficiait, à ce titre, d'une couverture d'assurance pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).
2. Le 25 août 2016, alors qu'il posait un faux plafond sur un chantier, l'assuré a glissé et est tombé d'une échelle. Selon la déclaration de sinistre complétée par son employeur le 10 octobre 2016, il s'est blessé au bras, à la jambe et a dû être acheminé aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG). L'assuré s'est vu prescrire un arrêt de travail dès le 25 août 2016 par la doctoresse C_____, médecin interne auprès du service de chirurgie orthopédique des HUG.
3. Dans un rapport du 12 septembre 2016, la doctoresse D_____, médecin adjoint auprès du service de chirurgie orthopédique des HUG, a indiqué que l'assuré était tombé d'une hauteur de 1.5 à 2 mètres. En se réceptionnant sur le côté gauche, il avait subi une fracture de la colonne antérieure du cotyle gauche (traitée par fixation percutanée au moyen d'une vis supra-acétabulaire) ainsi qu'une luxation antéro-inférieure de l'épaule gauche avec fracture du trochiter, réduite puis traitée de manière conservatoire au moyen d'une attelle.
4. Dans un rapport du 30 janvier 2017, le docteur E_____, médecin adjoint auprès du service de chirurgie orthopédique des HUG, a indiqué que l'évolution était marquée par des douleurs aux hanches, à l'épaule et la nécessité de se déplacer avec des cannes. Livrant son pronostic, le Dr E_____ a mentionné qu'en principe, le cotyle évoluerait positivement. Même si l'assuré semblait motivé pour reprendre le travail, il fallait s'attendre à la persistance d'un problème en cas de reprise de son activité habituelle de plâtrier. Dans ces circonstances, une intervention auprès de l'employeur en vue d'une affectation à un poste de travail adapté paraissait indiquée.
5. Le 7 février 2017, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), précisant qu'il avait souffert d'une fracture de la colonne antérieure du cotyle gauche et qu'il était totalement incapable de travailler depuis le 25 août 2016.
6. Le 23 février 2017, les doctresses F_____ et G_____, du département d'imagerie médicale des HUG, ont effectué un scanner du bassin de l'assuré. Malgré une consolidation complète de la fracture iliaque, ainsi qu'au niveau du toit de cotyle, il persistait un défaut acétabulaire antérieur corticalisé, sans déplacement ni fragment articulaire. Sur le reste de l'examen, la tête de la vis d'ostéosynthèse venait au contact du tendon réfléchi du droit fémoral. Un second scanner, concernant l'épaule gauche, permettait de conclure à un status post fracture

complètement consolidée parcellaire postérieure du trochiter, avec un fragment fusionné au-dessus de l'insertion tendineuse du muscle sous-épineux. On notait également un remaniement en regard de la gouttière bicipitale. Sous réserve d'une modalité sous-optimale, il n'y avait pas d'épanchement articulaire, en particulier au niveau de la bourse sous-acromio-deltaïdienne (ci-après : BSAD).

7. Par communication du 10 avril 2017, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il prenait en charge des cours de français du 20 avril au 14 juillet 2017, en vue de l'exercice d'une activité adaptée.
8. Le 19 mai 2017, les docteurs H_____ et I_____, du département d'imagerie médicale des HUG, ont réalisé deux IRM. La première, qui concernait l'épaule gauche, concluait à une tendinopathie insertionnelle des tendons sus et infra épineux sans rupture transfixiante et, pour le reste, à une consolidation complète de la fracture du trochiter. La seconde, qui avait pour objet le bassin, concluait à l'absence de désinsertion des tendons fessiers gauches et à une suspicion de petite fissuration labrale antéro-postérieure de la hanche gauche.
9. Le 12 juillet 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il prolongeait les cours de français du 17 juillet au 31 août 2017.
10. Le 20 septembre 2017, le Dr E_____ a informé la CNA que l'épaule gauche évoluait de manière très lente et ne permettait pas encore à l'assuré de reprendre son activité habituelle de plâtrier. Un bilan complémentaire par CT-scan puis par IRM avait permis de démontrer d'une part, la consolidation en bonne place du tubercule majeur de l'humérus proximal gauche et, d'autre part, la présence de lésions irritatives post-traumatiques de la coiffe des rotateurs, qui ne nécessitaient cependant pas d'acte chirurgical. Dans cette optique, l'assuré avait été adressé à l'Hôpital de Beau-Séjour pour tenter d'accélérer l'évolution postopératoire. Une infiltration écho-guidée avait par ailleurs été discutée avec l'assuré mais n'avait pas encore été agendée. La fracture du cotyle avait bien guéri, ce dont témoignait le CT-scan. Cependant, la tête de vis semblait gênante et son ablation était donc prévue. La gêne au niveau de la hanche gauche n'était pas suffisamment importante pour nécessiter l'utilisation de cannes anglaises, mais elle était présente tous les jours et s'apparentait à un conflit fémoro-acétabulaire.
11. Le 2 novembre 2017, le Dr E_____ a fait suite à son courrier du 20 septembre 2017 en indiquant que l'assuré s'était vu retirer une vis implantée au niveau du cotyle gauche. Suite à la consultation spécialisée de l'équipe de la hanche, aucune lésion labrale – qui aurait nécessité un geste spécifique – n'avait été mise en évidence. Les douleurs du cotyle semblaient diminuer progressivement. C'était l'épaule qui, en l'état, constituait le facteur limitant majeur. Étant donné que dans son activité habituelle, l'assuré utilisait des pinceaux au-dessus de sa tête, il lui était pour l'instant impossible de recommencer à travailler.
12. L'assuré a séjourné à la clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR), du 16 janvier au 20 février 2018. Dans un rapport du 27 février 2018, le docteur

J_____, médecin-adjoint et spécialiste FMH en rhumatologie, a confirmé les diagnostics déjà posés et, en sus, a diagnostiqué une atteinte du nerf fémoro-cutané latéral gauche (méralgie paresthésique) et un très discret cal vicieux au niveau de la hanche gauche. L'assuré avait subi une ablation du matériel d'ostéosynthèse le 17 octobre 2017. L'assuré avait été adressé à la CRR pour rééducation et évaluation, vu l'évolution plutôt favorable de la fracture du cotyle avec quasi-disparition de la douleur et amplitudes articulaires dans la norme ainsi que de l'évolution lentement favorable de l'épaule avec persistance des douleurs et des limitations articulaires. L'observation aux ateliers professionnels dans des activités légères notait des limitations pour les ports de charges supérieures à 10 kg, ainsi que pour le travail les bras au-dessus du plan des épaules. L'assuré n'arrivait pas à se projeter dans une autre activité, de sorte qu'il allait effectuer une reprise progressive de son activité de plâtrier à 30 % à partir du 26 février 2018. Si cette reprise devait échouer, il y avait lieu de mettre en place une évaluation des capacités professionnelles. L'état n'était pas stabilisé du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. Sur la base de ces éléments, le Dr J_____ a indiqué que l'incapacité de travail de l'assuré était de 100 % du 16 janvier 2018 au 25 février 2018, puis de 70 % à partir du 26 février 2018.

13. Le 24 avril 2018, l'employeur a indiqué au cours d'un entretien téléphonique avec la CNA qu'il ne pensait pas que l'assuré pourrait continuer à exercer son activité de staffeur. Il ne le voyait pas travailler à 100 % et n'envisageait pas de le maintenir avec un horaire de trois heures par jour.
14. Dans un rapport du 30 avril 2018, le Dr E_____ a confirmé que la reprise du travail à 30 % se heurtait à des difficultés (douleurs chroniques à la hanche gauche et à l'épaule gauche), que l'assuré combattait quotidiennement avec du Tramal, du Brufen et du Dafalgan.
15. L'assuré a effectué un nouveau séjour dans le service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la CRR du 13 juin au 10 juillet 2018. Dans son rapport du 31 juillet 2018, le docteur K_____, médecin associé et spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a diagnostiqué une luxation antérieure de l'épaule gauche, une fracture du trochiter, une fracture déplacée de la colonne antérieure du cotyle gauche, une atteinte du nerf fémoro-cutané latéral gauche, un très discret cal vicieux à la hanche gauche et une raideur de l'épaule gauche. Les plaintes et les limitations fonctionnelles de l'assuré consistaient en des douleurs de l'épaule gauche et de la hanche gauche. Aucune incohérence n'avait été relevée, même si l'assuré sous-estimait quelque peu le niveau d'activité qu'il pouvait réaliser. S'agissant des ateliers professionnels, le patient avait été pris en charge sur des périodes allant jusqu'à quatre heures consécutives (ateliers « cube » « mini pixels » et « création de dossiers »). De la description des activités réalisées, il ressortait que l'assuré avait correctement effectué les tâches demandées, mais qu'il s'était plaint durant les trois ateliers de douleurs de la hanche et de l'épaule gauche. La situation n'était pas stabilisée sur le plan médical, car l'assuré devait effectuer

un complément d'imagerie, bénéficié d'une infiltration de la hanche gauche et discuter d'une intervention chirurgicale. L'intéressé était pour l'heure réfractaire à un changement d'activité et espérait que les mesures médicales proposées ainsi que l'écoulement du temps lui permettraient de reprendre son ancienne activité. Au terme de son séjour, il présentait toujours une incapacité de travail de 70 % dans la profession de plâtrier. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée était limité, chez un patient qui ne voyait pas d'autre solution que la poursuite de son activité antérieure. Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes étaient retenues : pas de port répété de charges supérieures à 10-15 kg, de travail prolongé et/ou répétitif au-dessus du plan des épaules ou avec le membre supérieur gauche en porte-à-faux.

16. Dans un rapport du 28 août 2018, le docteur L_____, de l'unité de médecine physique et de réadaptation orthopédique des HUG, a indiqué que l'assuré se plaignait de son épaule gauche (qui était douloureuse et dont la mobilité était limitée en abduction et en élévation antérieure), de douleurs inguinales gauches (liées à la position assise) ainsi que de douleurs de la fesse gauche (liées à la marche et à la station debout). À l'examen clinique, l'évolution de l'épaule était stagnante. S'agissant de la hanche gauche, l'assuré présentait un Faber et Fadir positifs, ainsi que des douleurs au niveau de l'épine iliaque antéro-inférieure. Une arthro-IRM avait révélé un conflit de type Pincer (pathologie acétabulaire) avec une fissuration labrale et une coxométrie. Une infiltration intra-articulaire lors de l'IRM n'avait pas modifié les douleurs, ni la fonction. En conclusion, le Dr L_____ a indiqué que la situation de l'épaule gauche était stabilisée et qu'à cet égard, une réorientation professionnelle s'imposait. Pour le reste, en fonction des possibilités chirurgicales au niveau de la hanche gauche, « les assureurs » pouvaient passer au bilan final.
17. Dans un rapport adressé à la CNA le 17 septembre 2018, le Professeur M_____, de l'unité de chirurgie de la main des HUG, a relaté que l'assuré présentait toujours une gêne de l'épaule gauche dont la mobilité était limitée en abduction et en élévation antérieure, ainsi qu'une douleur déclenchée lors des manœuvres de conflit sous-acromial. La seconde plainte concernait la hanche gauche, d'où émanait une douleur inguinale, notamment en position assise prolongée. L'assuré décrivait une douleur quotidienne, qui survenait essentiellement en position debout, à l'effort, à la marche et, plus rarement, en position assise. Une infiltration récente n'avait pas produit l'effet escompté. L'examen clinique montrait un salut coxal positif et une mobilité indolore. Compte tenu de l'existence d'une arthrose débutante, le Pr. M_____ avait préconisé la poursuite du traitement conservateur, sans indication chirurgicale dans l'immédiat.
18. Dans un rapport adressé à la CNA le 5 octobre 2018, le Dr E_____ a indiqué que l'assuré était arrivé à un stade où aucune évolution positive n'était constatée. Au niveau de l'épaule, il présentait un conflit sous-acromial avec une antépulsion à 100° maximale, une adduction à 90° maximale et une rotation externe à 10°

maximale. Les douleurs, quasiment constantes, étaient cependant au second plan par rapport aux douleurs qu'il présentait au niveau de la hanche gauche. Les douleurs de hanche se localisaient au niveau du pli inguinal en position assise et au niveau fessier en position debout « à la charge ». La mobilité de la hanche était encore bien conservée avec cependant, des douleurs marquées aux rotations ainsi qu'aux manœuvres de Fadir et Faber. Les examens radiographiques récemment réalisés montraient une lésion labrale avec un début de coxarthrose au niveau de cette hanche. Actuellement l'assuré était capable de travailler comme plâtrier à un taux de 30 % maximal. Il bénéficiait pour l'heure d'un environnement professionnel favorable avec un employeur qui continuait à vouloir le garder dans son entreprise. Évoquant la discussion qu'il avait eue avec l'assuré au sujet de son avenir professionnel, le Dr E_____ a indiqué qu'il ne voyait pas trop quel type de reconversion pourrait lui convenir, vu que les douleurs étaient présentes autant en position assise (ce qui l'empêchait de travailler à un taux supérieur à 30 % pour un travail administratif) qu'en position debout (ce qui l'empêchait d'exercer à plus de 30 % un travail de force autre que celui de plâtrier). Son activité actuelle lui permettait de « garder le moral » et le Dr E_____ estimait qu'il fallait le soutenir dans cette direction.

19. Le 15 octobre 2018, l'assuré a été examiné par le docteur N_____, médecin d'arrondissement de la CNA et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie. Le médecin d'arrondissement a retenu les diagnostics de luxation antérieure de l'épaule gauche, de fracture du trochiter, de fracture déplacée de la colonne antérieure du cotyle gauche ostéosynthésée, de raideur de l'épaule gauche et de petit cal vicieux de la hanche gauche. S'agissant des constatations cliniques, l'assuré faisait état d'un périmètre de marche de 200 mètres et se déshabillait sans utiliser le membre supérieur gauche. La force au test de Jamar était de 55 kg à droite contre 22 kg à gauche. Les amplitudes articulaires étaient diminuées du côté gauche par rapport au côté droit et les tests de l'épaule étaient négatifs, mais douloureux. S'agissant du membre inférieur, il existait des douleurs permanentes, surtout une douleur en barre au niveau de la fesse lorsque l'assuré était assis et une douleur au niveau inguinal lorsqu'il était debout. La marche se faisait avec une boiterie plongeante des fessiers avec le pied à plat et l'assuré avait de très grandes difficultés à marcher sur la pointe des pieds ou sur les talons. Même si l'assuré évoquait un état stationnaire, le Dr N_____ notait que lorsqu'on le « [poussait] un peu », on s'apercevait d'une dégradation sur le plan psychologique – au niveau duquel il n'y avait pas de suivi –, l'assuré se mettant à pleurer et évaluant mal son avenir. L'assuré, qui exerçait son activité habituelle de plâtrier à 30 % avec un traitement antalgique toujours très présent (absorption quotidienne de Tramal, Dafalgan, Ibuprofène, Pantoprazole), sous-estimait ses possibilités d'amélioration, vraisemblablement pour des raisons contextuelles et psychologiques. À plus de deux ans de la survenance de l'accident, le cas pouvait être considéré comme stabilisé ou en voie de stabilisation sur le plan somatique (poursuite de la rééducation pendant un an, notamment au niveau du membre inférieur). En

revanche, le Dr N_____ indiquait qu'une stabilisation au niveau psychologique nécessitait une évaluation. Dans son travail de plâtrier, il était douteux que l'assuré puisse travailler à plus de 30 %, vu ses limitations fonctionnelles. En revanche, dans le cadre d'une activité respectant les limitations fonctionnelles en lien avec le membre supérieur, permettant d'alterner les positions assise et debout, n'impliquant ni montées répétées de pentes ou d'escaliers, ni d'élévation au niveau du plan des épaules en force au-delà de 10 kg, avec par conséquent des changements de position réguliers, le Dr N_____ estimait qu'une activité à temps complet « pourrait » être exigible. La stabilisation de l'état de santé pourrait être prononcée après une prise en charge sur le plan psychiatrique et psychologique, après éventuel avis du psychiatre d'arrondissement.

20. Dans un rapport daté du 14 novembre 2018, le docteur O_____, médecin d'arrondissement et spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a relevé que lors de son séjour de réadaptation à la CRR, en juin-juillet 2018, l'assuré avait fait état de son enfance passée au Kosovo, période durant laquelle il aurait été témoin, à l'âge de 16 ans, de scènes de guerre dans le cadre du conflit qui déchirait alors l'ex-Yougoslavie. Selon le Dr O_____, il ne ressortait pas des plaintes de trouble psychopathologique patent, mais on se trouvait face à un assuré qui avait beaucoup de mal à verbaliser, voire à mentaliser ce qui lui arrivait. Sa pensée se focalisait sur les douleurs et ses autres problèmes. L'assuré pensait que la CNA faisait en sorte de clôturer le plus rapidement possible son dossier. C'était surtout son contexte existentiel qui était mis en avant, notamment les séquelles liées à la guerre, ou le handicap de différents membres de la famille. C'était dans ce sens qu'une demande de soins spécialisés avait été sollicitée. À l'aune des différents éléments recueillis dans le rapport établi par la CRR en juillet 2018 et par le Dr N_____ en octobre 2018, il ne s'agissait pas d'une problématique psychique à mettre en rapport avec l'accident, de sorte qu'il n'y avait pas de lien de causalité (naturelle) à retenir avec cet événement.
21. Dans un rapport du 19 novembre 2018, le Dr L_____ a invité ses collègues du service de pharmacologie et toxicologie clinique des HUG à recevoir l'assuré pour une évaluation d'alternatives pharmacologiques et non pharmacologiques, pour une situation chronique de douleurs à l'épaule « de type conflit », ainsi que pour des douleurs persistantes après fracture du cotyle et, dernièrement, une ablation de matériel n'ayant pas vraiment modifié l'impact fonctionnel. L'assuré effectuait une physiothérapie de renforcement, laquelle n'était que partiellement efficace. Enfin, le Dr L_____ a indiqué que la situation médicale lui semblait quasi-stabilisée, raison pour laquelle il demandait encore un dernier avis à ses collègues afin de savoir si un élément majeur avait été omis. Il les invitait par ailleurs à explorer la piste d'apprentissage de l'autohypnose.
22. Invité une nouvelle fois par la CNA à se prononcer, le Dr N_____ a estimé, le 26 novembre 2018, que le cas était stabilisé. Il a rappelé que pour le membre supérieur, les limitations fonctionnelles concernaient l'absence de port répété de

charges supérieures à 10-15 kg, le travail prolongé ou répétitif au-dessus du plan des épaules ou avec le membre supérieur gauche en porte-à-faux. La coxarthrose ne donnait actuellement pas droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI), mais cela pourrait être le cas à l'avenir en fonction de l'évolution.

S'agissant de l'atteinte à l'intégrité subie par l'assuré à l'épaule gauche, suite à l'accident de 2016, le Dr N_____ l'a évaluée à 10 %, en se référant à la table n°1 de la CNA (articulation scapulo-humérale, élévation limitée à 30 % au-dessus de l'horizontale). Quant au membre inférieur, les données radiologiques ne révélaient actuellement pas d'atteinte arthrosique, « même si sur l'IRM [du 18 juillet 2018], on [parlait] d'une atteinte très légère ». Cependant, il était loisible à l'assuré de demander ultérieurement une IPAI en rapport avec le membre inférieur gauche en cas d'apparition d'une coxarthrose.

23. Par courrier du 4 décembre 2018, la CNA a informé l'assuré qu'il n'avait plus besoin d'un traitement médical et qu'en conséquence, elle mettrait fin à la prise en charge des soins médicaux et au paiement des indemnités journalières avec effet au 28 février 2019.
24. Dans un rapport du 18 janvier 2019, le Dr E_____ a indiqué que la situation ne s'était pas améliorée en comparaison avec son dernier rapport du 5 octobre 2018. L'assuré parvenait encore à travailler à 30 % comme plâtrier, car son environnement professionnel le soutenait pour qu'il puisse conserver cette activité, qui lui permettait de garder le moral. Comme il n'avait par ailleurs pas de formation lui permettant une reprise d'activité professionnelle autre qu'un travail de force – pour lequel sa situation médicale n'était pas adaptée –, une reconversion dans une autre activité manuelle n'était pas concevable et une reconversion dans une activité de bureau – où il pourrait alterner la position assise et debout de manière régulière – nécessiterait un soutien en vue d'obtenir une formation adéquate. En l'état actuel, l'assuré était incapable de reprendre une activité professionnelle autre que celle qu'il pratiquait déjà à 30 % malgré ses douleurs. « Les assurances » qui prenaient en charge l'accident devaient maintenant définir la suite des prestations, soit en offrant une reconversion à l'assuré, soit en acceptant de lui verser une rente d'invalidité.
25. Lors d'un entretien téléphonique du 5 février 2019, l'employeur a expliqué à la CNA qu'il ne pouvait pas garder l'assuré à 30 %. Ce dernier n'avait « aucun rendement » et son état de santé se dégradait. Il avait peur qu'il « se casse quelque chose ».
26. Le 6 février 2019, l'employeur a licencié l'assuré pour le 28 février 2019.
27. Le 8 février 2019, l'assuré, représenté par un conseil, a contesté le courrier par lequel la CNA indiquait vouloir mettre fin, pour le 28 février 2019, à la prise en charge des soins médicaux et des indemnités journalières. Se référant au rapport du 5 octobre 2018 du Dr E_____, il a fait valoir qu'il présentait toujours des douleurs à l'épaule gauche qui nécessitaient la poursuite des séances de physiothérapie.

28. Dans un rapport du 8 février 2019, le Dr E_____ a indiqué que pour permettre à l'assuré de continuer à pratiquer son activité de plâtrier à 30 %, la poursuite de la physiothérapie visait à maintenir une fonction musculaire globale ainsi qu'une proprioception et une coordination suffisante.
29. Le 15 février 2019, l'OAI a transmis à l'assuré un préavis de décision d'octroi d'une rente (entière) d'invalidité limitée dans le temps, du 1^{er} août 2017 au 31 janvier 2019. L'instruction avait mis en évidence une incapacité de travail totale dès le 25 août 2016. Dès le 20 octobre 2018, l'office considérait que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à son état de santé. À l'issue du délai de carence d'un an, au 25 août 2017, l'assuré présentait un degré d'invalidité de 100 %, ouvrant droit à une rente entière. Dès le 20 octobre 2018, le degré d'invalidité ne s'élevait plus qu'à 2 %, ce qui entraînait la suppression de la rente trois mois plus tard, au 31 janvier 2019.
30. Le 19 février 2019, en réponse à une question de la CNA, le Dr N_____ a indiqué qu'il était justifié de prendre en charge deux séances de physiothérapie par semaine jusqu'en octobre 2019.
31. Par décision du 27 février 2019, la CNA a octroyé à l'assuré une IPAI de 10 % (CHF 14'820.-) mais lui a refusé le droit à une rente d'invalidité. La CNA a retenu que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles (permettant d'alterner les positions assise-debout et d'éviter le port répété de charges supérieures à 10-15 kg, le travail prolongé ou répétitif au-dessus du plan des épaules ou avec le membre supérieur gauche en porte-à-faux, l'élévation au niveau du plan des épaules « en force » au-delà de 10 kg, ainsi que les montées répétées de pentes ou d'escaliers).

Le revenu que l'assuré aurait réalisé sans accident (CHF 65'429.- par an), une fois comparé avec le revenu statistique d'invalidé que l'assuré pourrait réaliser dans une activité adaptée (CHF 64'355.85), moyennant un abattement de 5 %, mettait en évidence une perte de gain nettement inférieure à 10 %, partant insuffisante pour ouvrir droit à une rente d'invalidité.
32. Le 21 mars 2019, l'assuré, assisté d'un conseil, a formé opposition contre cette décision, dont il a requis l'annulation, ainsi que l'octroi d'une rente d'invalidité dès le 10 octobre 2016 et d'une IPAI de 70 %. Se fondant sur le rapport du Dr E_____ du 18 janvier 2019, il a fait valoir qu'il était incapable de reprendre une activité professionnelle différente de celle qu'il pratiquait déjà à 30 %, malgré ses douleurs, et qu'en conséquence, sa capacité de travail dans une autre activité que celle de plâtrier était nulle. Tirant argument de ce même rapport du Dr E_____, il a soutenu que son atteinte à l'intégrité s'élevait à tout le moins à 70 % et lui ouvrait droit à une IPAI de CHF 103'600.-.
33. Par décision du 2 avril 2019, la CNA a rejeté l'opposition, arguant qu'il incombait à l'assuré de limiter le préjudice subi. En effet, il était exigible qu'il reprît une activité différente de celle qu'il exerçait auparavant, et qui fût adaptée aux

limitations fonctionnelles déterminées par le Dr N_____. Dans la mesure où le Dr E_____ mentionnait, dans son rapport du 18 janvier 2019, que l'assuré était inapte à reprendre une activité autre que celle qu'il exerçait déjà, ce praticien tenait compte de facteurs contextuels non médicaux (soutien de l'employeur actuel, manque de formation adéquate), que la CNA n'avait pas à retenir dans son évaluation de l'invalidité. En outre, la poursuite de l'activité de plâtrier, même exercée à un taux réduit de 30 %, n'était médicalement pas recommandée. D'ailleurs, le Dr E_____ indiquait lui-même que l'exercice de l'activité de plâtrier devenait de plus en plus difficile en raison des douleurs. S'agissant enfin de l'atteinte à l'intégrité, elle n'était pas évaluée en fonction d'une perte de gain, mais devait correspondre à la gravité objective d'une atteinte physique.

34. Le 15 mai 2019, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS) d'un recours contre cette décision. Il a conclu principalement, sous suite de frais et dépens, à son annulation en tant qu'elle lui refusait l'octroi d'une rente d'invalidité, au renvoi du dossier à la CNA, à ce qu'il fût ordonné à la CNA de mettre en œuvre des mesures de réadaptation et de compléter l'instruction, puis de rendre une nouvelle décision. Subsidiairement, le recourant a conclu à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et à l'octroi d'une rente d'invalidité en fonction de sa « réelle capacité de gain ».

À l'appui de ses conclusions, le recourant a exposé qu'en se bornant à affirmer de manière abstraite qu'une activité adaptée était possible à 100 %, l'intimée n'avait pas répondu « aux exigences légales » et devait, premièrement, mettre en œuvre « son service de réadaptation » pour vérifier quelles activités étaient adaptées aux limitations fonctionnelles retenues et, deuxièmement, lui proposer une réadaptation professionnelle pour lui permettre de recouvrer une partie de sa capacité de gain. Comme l'intimée s'était abstenue de telles démarches, la décision devait être annulée et la cause lui être renvoyée pour instruction complémentaire et mise en œuvre de mesures de réadaptation professionnelle. À titre subsidiaire, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire se justifiait, en vue de déterminer quelle était l'incidence des limitations fonctionnelles sur sa capacité de travail et de gain dans une activité adaptée, et quelle pourrait être cette activité.

35. Dans sa réponse du 13 juin 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours, rétorquant que les questions de réinsertion professionnelle ne relevaient pas de l'assurance-accidents obligatoire. Il ne lui incombait pas davantage de démontrer comment se présentait le marché de l'emploi. Pour sa part, l'OAI avait annoncé par projet de décision du 15 février 2019 que le recourant n'avait pas droit à une mesure de reclassement puisque le manque à gagner résultant de l'exercice d'une activité exigible ne s'élevait qu'à 2 %.
36. Le 7 juillet 2019, le recourant a indiqué qu'il n'avait pas d'observation particulière à formuler, suite à la réponse de l'intimée.

37. Le 20 septembre 2019, le recourant a transmis à la CJCAS un certificat établi par le Dr E_____ le 3 septembre 2019. Ce praticien y indiquait que depuis plus d'une année, son patient avait une capacité de travail résiduelle de 30 % et que son rendement par rapport à une activité à 100 % était bel et bien de 30 % seulement, voire un peu moins en raison des douleurs et de la difficulté à utiliser ses membres supérieur et inférieur gauches. Même si cette capacité résiduelle de 30 % était à la limite de ce qu'il pouvait fournir, le recourant était attaché au maintien de ce taux d'activité afin de pouvoir continuer à exercer une activité professionnelle, même partielle. Dans ce but, les séances de physiothérapie qu'il suivait l'aidaient à maintenir cette capacité. Le Dr E_____ a précisé qu'il ignorait quelles étaient les connaissances de son patient et quelle était sa capacité de formation dans une activité autre que son travail habituel, de sorte qu'il ne pouvait se prononcer au sujet d'une telle activité alternative. Il lui paraissait totalement faux d'affirmer que le recourant avait une capacité de travail entière dans une activité autre que celle de plâtrier/staffeur.
38. Le 6 décembre 2019, un nouveau conseil, Me Jean-Michel DUC a informé la chambre de céans qu'il était chargé de la défense des intérêts du recourant.
39. Le 9 décembre 2019, la CJCAS lui a accordé un délai pour faire parvenir un mémoire complémentaire et joindre toutes pièces utiles.
40. Par écriture du 30 janvier 2020, le recourant a conclu principalement, sous suite de dépens, à la réforme de la décision sur opposition du 2 avril 2019, en ce sens que l'intimée devait être condamnée à lui accorder une rente d'invalidité de 91 % et, subsidiairement, à l'annulation de ladite décision et au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision.

À l'aune de rapports des docteurs E_____, P_____ et Q_____, annexés à son écriture, il lui paraissait indiscutable que sa capacité de travail s'élevait tout au plus à 30 % dans une activité adaptée et ce, avec un rendement particulièrement faible estimé à 30 %, voire un peu moins, ce qui ne permettrait l'exercice d'une activité adaptée qu'à 10 %. En outre, ses médecins s'accordaient à dire que sa capacité résiduelle de travail ne pouvait être maintenue que par des séances de physiothérapie et des traitements médicamenteux. Compte tenu de ses nombreuses limitations fonctionnelles, attestées par le Dr P_____ (amplitude d'élévation de l'épaule gauche significativement réduite, incapacité à occuper un poste assis plus de dix minutes ou debout en raison de douleurs du pli inguinal gauche), il convenait d'admettre qu'une activité lucrative n'était possible que sous une forme tellement restreinte que le marché général du travail ne la connaissait pratiquement pas ou supposait des concessions irréalistes de la part d'un employeur. En partant du principe qu'une activité adaptée était exigible à 10 %, qu'elle existait sur le marché du travail et en tenant compte d'un abattement de 15 %, il convenait de retenir un revenu d'invalidité de CHF 5'758.15, qui, une fois comparé avec un revenu sans invalidité estimé à CHF 70'000.-, conduisait à un degré d'invalidité de 91 %, ce qui justifiait l'octroi d'une rente d'invalidité correspondante. Le recourant a joint :

-
- un certificat du 4 novembre 2019 par lequel le Dr E_____ attestait qu'il devait continuer à pouvoir bénéficier de séances de physiothérapie afin de « maintenir les acquis pour une capacité de travail à 30 % » ;
 - un rapport du 10 décembre 2019 dans lequel le docteur P_____, médecin traitant du recourant, spécialiste en médecine générale et gériatrique, selon lequel le recourant présentait une raideur de l'épaule gauche, des douleurs persistantes de la hanche gauche avec boiterie, et une « méralgie paresthésie sur atteinte du nerf fémoral cutané latéral gauche ». Son état de santé ne lui permettait pas de travailler, que ce soit dans son activité habituelle de plâtrier ou dans une autre activité adaptée, notamment en raison du « manque de ressources ». Il ne pouvait plus exercer son activité habituelle du fait d'une limitation significative d'amplitudes d'élévation de l'épaule gauche. En raison de douleurs au pli inguinal gauche, il ne pouvait occuper un poste assis plus de dix minutes. Pour les mêmes raisons, il ne pouvait pas non plus occuper un poste debout. L'assuré avait besoin de suivre des séances de physiothérapie régulières afin d'éviter une détérioration de ses capacités (lutte contre l'enraidissement de l'épaule). Il suivait également un traitement médicamenteux pour atténuer ses douleurs de l'épaule et de la hanche gauche ;
 - un rapport du 17 décembre 2019 dans lequel le docteur Q_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué que la marche se faisait avec une légère boiterie antalgique de la hanche droite. La flexion/extension, l'abduction/adduction et la rotation interne/externe étaient limitées par la douleur. La flexion/adduction/rotation interne provoquait des douleurs inguinales ainsi que l'abduction/rotation externe et l'abduction pure. Au niveau de l'épaule gauche, le Dr Q_____ ne notait pas d'amyotrophie de la ceinture scapulaire. L'antépulsion était limitée à 145° (norme : 180°) en raison de la douleur. Cette dernière expliquait également que la rotation externe coudes au corps était de 30° à gauche (contre 45° à droite). L'état de santé du recourant lui permettait de travailler à 30 % avec un rendement de 30 % par rapport à une activité à 100 %. La physiothérapie et les traitements médicamenteux n'étaient pas susceptibles d'améliorer la capacité de travail à ce stade mais permettaient de la maintenir à son niveau actuel. Le Dr Q_____ ne pouvait pas répondre à « la question » (celle de savoir si le recourant disposait d'une capacité de travail dans une activité adaptée), relevant qu'il faudrait une évaluation approfondie par une expertise et qu'il n'avait vu le patient qu'à deux reprises ;
 - un rapport d'arthro-IRM de la hanche gauche établi le 16 avril 2019 par le docteur R_____, radiologue.
41. Le 25 février 2010, Me T_____, premier avocat constitué, a demandé à la CJCAS si un arrêt serait rendu prochainement.

42. Le 28 février 2020, la chambre de céans a invité Me T_____ à indiquer quel conseil poursuivait la représentation du recourant dans les procédures en cours devant la chambre de céans (causes A/1869/2019 LAA et A/4370/2019 AI).
43. Par courrier du 29 février 2020, la CNA a accusé réception d'une facture concernant la prise en charge de troubles psychiques et informé l'assuré qu'elle ne pouvait la rembourser, dans la mesure où, selon son médecin d'arrondissement, les troubles psychiques déclarés n'étaient pas en lien de causalité avec l'événement d'août 2016.
44. Le 3 mars 2020, Me DUC a fait savoir à la chambre de céans qu'il assumait seul la représentation du recourant.
45. Le 20 mars 2020, l'intimée a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours. Les rapports produits le 30 janvier 2020 avaient été soumis à la doctoresse S_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique auprès de la Division de la médecine des assurances de la CNA. Dans son appréciation du 18 mars 2020, la Dresse S_____ a relevé que le rapport établi en novembre 2019 par le Dr E_____ ne faisait que certifier que le recourant devait bénéficier de séances de physiothérapie pour conserver une capacité de travail de 30 % dans sa profession antérieure de plâtrier-peintre. Cependant, il était constant, au vu des constatations cliniques, que cette profession n'était plus exigible. Quant au rapport du Dr P_____ de décembre 2019, on ne comprenait pas quel était le « manque de ressources » qui empêcherait le recourant d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Par ailleurs, la Dresse S_____ relevait qu'à sa connaissance, le recourant roulait en voiture et que son traitement antalgique semblait s'être amenuisé durant l'année 2019 au vu des factures de pharmacie. En effet, depuis 2019, on n'y trouvait plus d'antalgiques mineurs mais uniquement du Tramal, plus précisément 50 comprimés sur une période de 80 jours courant du 9 septembre 2019 au 28 novembre 2019. Aussi, elle ne comprenait pas pourquoi les douleurs du pli inguinal gauche alléguées ne permettaient pas à ce dernier d'occuper un poste assis plus de dix minutes. Quant à l'appréciation de la capacité de travail effectuée par le Dr Q_____, elle ne pouvait être suivie faute d'être argumentée. S'agissant enfin de l'arthro-IRM du bassin réalisée le 16 avril 2019, la Dresse S_____ relevait que les médecins étaient appelés à traiter « une personne et non une imagerie » ; l'imagerie permettait d'expliquer certaines plaintes mais il arrivait souvent qu'il y ait des éléments objectivés sur l'imagerie pour lesquels « les personnes ne ressent[aient] aucune gêne ». Aussi, la Dresse S_____ persistait à considérer qu'une activité tenant compte des limitations fonctionnelles du recourant était exigible à plein temps, sans diminution de rendement.
46. Par écriture du 27 mars 2020, complétée le 6 mai 2020, le recourant a soutenu que l'appréciation de la Dresse S_____ était dépourvue de valeur probante. Rédigé sans examen clinique, ce rapport n'apportait aucun élément nouveau et se présentait sous la forme d'un long résumé choisi des pièces du dossier. La Dresse S_____ faisait une lecture très orientée des rapports médicaux, dans le but de permettre à

son employeur d'accorder le moins de prestation possible. Par ailleurs, l'argumentation de la Dresse S_____ concernant la consommation d'antalgiques ne pouvait être suivie, comme le démontrait un nouveau rapport du Dr P_____ qu'il versait à la procédure. Au vu des limitations fonctionnelles retenues par ce dernier médecin, le recourant disait ne pas concevoir comment il pourrait concrètement retrouver un emploi. Enfin, le recourant rappelait qu'en présence de rapports émanant de médecins internes à l'assurance, tels que ceux de la CNA ou de la CRR, des éclaircissements complémentaires étaient nécessaires s'il existait des doutes, même légers, au sujet de leur fiabilité et leurs conclusions.

Le recourant a joint un rapport rédigé par le Dr P_____ le 26 avril 2020, réaffirmant qu'il lui paraissait difficile d'envisager l'exercice d'une activité adaptée, en raison de l'impossibilité de maintenir une position assise ou debout plus de dix minutes sans l'apparition de douleurs inguinales gauches. Sur ce dernier point, il lui paraissait difficile d'argumenter, comme le faisait la Dresse S_____, sur la consommation d'antalgiques. Le recourant pouvait, d'une part, acheter librement en pharmacie des antalgiques de palier 1 sans avoir besoin de prescription médicale. D'autre part, il n'exerçait plus aucune activité professionnelle et poursuivait ses séances de physiothérapie, ce qui pouvait expliquer en partie la diminution de ses besoins en traitements médicamenteux. Enfin, le Dr P_____ estimait, à l'instar du Dr Q_____, que pour évaluer la possibilité ou non du recourant d'exercer une activité professionnelle adaptée à son handicap, une expertise médicale serait utile.

47. Le 7 mai 2020, une copie de cette écriture a été adressée, pour information, à l'intimée.

EN DROIT

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

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable (art. 1 al. 1 LAA).
3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7^{ème} jour avant au 7^{ème} jour après Pâques inclusivement, le recours est recevable (art. 38 al. 4 let. a, 56 et 60 LPGA ; art. 89B et 89C let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]).
4. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement

attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

En l'espèce, au vu de la décision attaquée et du recours, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail et de son degré d'invalidité. En revanche, le recourant ne conteste plus, au stade du recours, le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui lui a été accordée (10 %).

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

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. Il faut que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1).

6. 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 (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

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).

7. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui

peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

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

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

9. 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 (ATF 122 V 157 consid. 1d ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). Ainsi, 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 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3 ; 8C_251/2012 du 27 août 2012 consid. 3.4).

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 (ATF 125 V 351 consid. 3a et 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

10. 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). Il n'existe 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).

Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire

(ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013).

11. En l'espèce, la décision attaquée retient que l'assuré ne peut plus travailler comme staffeur, mais qu'il est pleinement capable d'exercer toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce dont il résulte un degré d'invalidité inférieur à 10 %, partant insuffisant pour ouvrir droit à une rente.

Cette décision repose sur le rapport établi le 17 octobre 2018 par le médecin d'arrondissement de l'intimée, le Dr N_____. Après avoir retenu les diagnostics de luxation antérieure de l'épaule gauche, de fracture du trochiter, de fracture déplacée de la colonne antérieure du cotyle gauche ostéosynthésée, de raideur de l'épaule gauche et de petit cal vicieux de la hanche gauche, le Dr N_____ a indiqué que le cas pouvait être considéré comme stabilisé ou en voie de stabilisation sur le plan somatique. À cet égard, le Dr N_____ a jugé douteux que l'assuré puisse travailler à plus de 30 % comme plâtrier, en raison de ses limitations fonctionnelles. En revanche, il a estimé qu'une activité à temps complet « pourrait » être exigible, moyennant le respect de limitations fonctionnelles en lien avec le membre supérieur, dans une profession permettant d'alterner les positions assise/debout, de changer régulièrement de positions et d'éviter les montées répétées de pentes ou d'escaliers, ainsi que les élévations au niveau du plan des épaules « en force » au-delà de 10 kg. Constatant en outre que l'assuré semblait présenter une dégradation sur le plan psychologique, le Dr N_____ a préconisé une évaluation par le « psychiatre d'arrondissement » et une prise en charge psychiatrique-psychologique.

Dans un rapport daté du 14 novembre 2018, le Dr O_____, médecin d'arrondissement et spécialiste en psychiatrie, a conclu, sur la base des constatations effectuées par les médecins de la CRR et le Dr N_____, qu'il n'existait pas de problématique psychique en relation de causalité naturelle avec l'accident de 2016. Il n'y a pas lieu de se pencher plus avant sur cette appréciation du Dr O_____, que le recourant ne remet pas en question.

En revanche, le recourant conteste implicitement la valeur probante du rapport du Dr N_____. Il soutient que, selon ses médecins, les Drs E_____, P_____ et Q_____, sa capacité de travail s'élève tout au plus à 30 %, avec un rendement très faible estimé à 30 %, ce qui ne lui ne permettrait de ne travailler qu'à un taux de 10 %, y compris dans une activité adaptée. Le recourant dit ne pas concevoir comment il pourrait concrètement retrouver un emploi, au vu des nombreuses limitations fonctionnelles attestées par le Dr P_____ (amplitude d'élévation significativement réduite de l'épaule gauche, incapacité à occuper un poste assis plus de dix minutes ou debout en raison de douleurs du pli inguinal gauche). Enfin, le recourant rappelle qu'en présence de rapports émanant de médecins internes à l'assurance, des éclaircissements complémentaires sont nécessaires lorsqu'il existe des doutes, même légers, au sujet de la fiabilité desdits rapports et de leurs conclusions. Le recourant conclut à l'octroi d'une rente calculée en fonction d'un taux d'invalidité

de 91 %, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire.

12. Comme cela ressort des considérants qui précèdent, les rapports de médecins employés d'une assurance peuvent être pris en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (cf. supra consid. 8).

La chambre de céans constate que si le rapport du Dr N_____ satisfait à certains réquisits jurisprudentiels, sa conclusion selon laquelle une activité adaptée aux limitations fonctionnelles « pourrait » être exigible à 100 %, est sujette à caution. Hormis le fait qu'il a formulé sa conclusion au conditionnel, se montrant ainsi peu affirmatif, ce médecin n'a pas véritablement justifié pourquoi l'exercice d'une activité lucrative (adaptée) lui paraissait exigible à un taux de 100 %, ceci sans diminution de rendement, malgré les nombreuses restrictions qu'il a consignées dans son rapport (douleurs permanentes de la fesse et de l'aîne aussi bien en position assise que debout, amplitudes articulaires diminuées de la hanche et de l'épaule, boiterie, impossibilité de lever les bras au-dessus du plan des épaules, etc.) et dont certaines semblent, à première vue, difficilement conciliables avec l'exercice d'une quelconque profession à plein temps, comme le font remarquer les médecins du recourant. En lien avec ces douleurs permanentes, le Dr N_____ a précisé que le traitement antalgique restait « toujours très présent » et que le recourant absorbait quotidiennement plusieurs médicaments (Tramal, Dafalgan, Ibuprofène, Pantoprazole).

Par ailleurs, il convient de relever que les conclusions du Dr N_____ concernant l'exigibilité d'une activité professionnelle adaptée à 100 % sont mises en doute par d'autres pièces médicales versées au dossier. En effet, dans son rapport du 10 décembre 2019, le Dr P_____ a jugé le recourant incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle, en raison notamment de douleurs du pli inguinal gauche, d'amplitudes d'élévation diminuées de l'épaule gauche et d'un manque de ressources. De son côté, le Dr Q_____, dans son rapport du 17 décembre 2019, n'a pas été en mesure de dire si le recourant disposait d'une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, mais il a suggéré qu'une expertise soit mise en œuvre en vue de clarifier la question, proposition à laquelle le Dr P_____ s'est ensuite rallié. Pour sa part, le Dr E_____ a indiqué le 5 octobre 2018 qu'il ne voyait pas quel type de reconversion professionnelle pourrait convenir à l'assuré, étant donné que les douleurs étaient présentes tant en position assise que debout. Ce médecin a donc lui aussi exprimé sa perplexité quant à l'exercice d'une profession autre que celle de staffeur, même si la pertinence de son appréciation doit être relativisée, puisque dans d'autres rapports, il a justifié sa difficulté à envisager une reconversion professionnelle non seulement par les douleurs du recourant, mais aussi par un manque de formation, à savoir par un facteur étranger à l'invalidité, dont l'assurance n'a pas à répondre (ATF 107 V 17 consid. 2c ; arrêt du Tribunal fédéral U 388/01 du 2 décembre 2002 consid. 2.2). Il

n'en demeure pas moins qu'en définitive, les avis exprimés par la plupart des médecins consultés par le recourant ne confirment pas celui du médecin d'arrondissement. Cette divergence est propre à faire naître un doute quant au bien-fondé des conclusions du Dr N_____ sur lesquelles repose la décision attaquée.

S'agissant des deux rapports de la CRR, il en ressort que les médecins de cet établissement ont renoncé à se prononcer sur l'exigibilité d'une activité adaptée, dans la mesure où la situation ne leur paraissait pas médicalement stabilisée en juillet 2018, à l'issue du second séjour du recourant (l'intéressé devait alors discuter avec ses médecins d'une nouvelle intervention chirurgicale et subir un complément d'imagerie ainsi qu'une infiltration dans la hanche gauche). Les médecins de la CRR ont toutefois indiqué que le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée leur paraissait « limité ». Par ailleurs, le résumé des ateliers professionnels que le recourant a suivis à la CRR (ateliers « cube » ; « mini pixels » et « création de dossiers ») démontre que l'intéressé a déploré des douleurs lors de chaque atelier, ce qui, là encore, éveille certains doutes sur son aptitude à exercer une activité lucrative à 100 %.

Pour terminer, on relèvera que l'appréciation de la Dresse S_____ ne suffit pas à lever les doutes qui viennent d'être évoqués. En particulier, si comme le relève cette praticienne, le recourant ne s'est fait rembourser « que » 50 comprimés de Tramal entre septembre et novembre 2019, cela ne signifie pas pour autant qu'il ne souffrirait plus, ce d'autant qu'il n'exerce plus d'activité lucrative. D'ailleurs, le recourant pourrait s'être procuré des antalgiques de palier 1 – qui sont délivrés sans ordonnance – sans que cela ne ressorte du dossier, comme le fait remarquer le Dr P_____.

13. Au regard de ce qui précède, force est de constater qu'il existe une divergence entre le point de vue des médecins d'arrondissement et celui des autres médecins qui se sont exprimés, notamment en ce qui concerne la capacité de travail dans une activité adaptée et son étendue, sans que l'on ait des motifs décisifs pour dénier toute valeur probante à leurs avis respectifs. Il existe un doute suffisant pour qu'il soit fait appel à un expert en vue de départager ces opinions, conformément à la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 8C_251/2012 du 27 août 2012 consid. 3.4). Il convient donc de renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle mette en œuvre une expertise, à tout le moins rhumatologique, conformément à l'art. 44 LPGA, puis rende une nouvelle décision.

Partant, le recours sera partiellement admis et la décision sur opposition du 2 avril 2019 annulée, dans la mesure où elle porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité. La cause sera renvoyée à l'intimée pour qu'elle complète l'instruction dans le sens qui précède, puis rende une nouvelle décision.

14. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ;

art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03), à la charge de l'intimée.

15. La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision sur opposition du 2 avril 2019, dans la mesure où elle porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.
3. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.
4. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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

Marie NIERMARÉCHAL

Eleanor McGREGOR

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

Copie pour information à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève.