
EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1963, marié, père de deux enfants, nés le _____ 1990, respectivement le _____ 1991, d'origine kosovare, a été au bénéfice d'un permis B du 6 septembre 2005 au 22 août 2015, puis d'un permis C à compter du 22 septembre 2015 selon la banque de données Calvin de l'office cantonal de la population et des migrations. L'assuré a été engagé à plein temps en dernier lieu dès le 2 mai 2012 pour une durée indéterminée en qualité d'aide-coffreur auprès de B_____ Sàrl, sise dans le canton de Vaud, active dans l'exécution de tous travaux en matière de coffrage et de maçonnerie, d'où il a été licencié avec effet au 31 décembre 2015. À ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents, professionnels ou non, auprès de la Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).
2. Le 5 juin 2012, l'assuré, droitier, a été victime d'une chute sur son lieu de travail. Dans la déclaration de sinistre, l'événement a été décrit comme suit : « [l']ouvrier était en train de pousser un échafaudage et il est tombé sur le béton (..) ». Les premiers soins ont été prodigués le jour même à la Permanence de Longeraie, où le diagnostic de fracture du calcanéum droit et de suspicion de fracture du scaphoïde droit a été posé. Le port d'une attelle plâtrée en L du membre inférieur droit ainsi que d'une attelle palmo-radiale pour le poignet droit a été prescrit. L'assuré a été mis en incapacité de travail totale pour une durée initialement évaluée à trois mois, qui a ensuite été prolongée à maintes reprises.
3. La SUVA a pris en charge les suites de cet événement.
4. Le scanner de la cheville droite pratiqué le lendemain a montré une fracture comminutive complexe du calcanéum.
5. Dans un rapport du 12 septembre 2012, le docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de fracture du calcanéum droit, d'entorse du poignet droit et de « suspicion de Südeck ». L'assuré, qui suivait des séances de physiothérapie, éprouvait encore des douleurs. Le pronostic était incertain.
6. Lors d'un entretien avec la SUVA le 2 novembre 2012, l'assuré a déclaré que son talon était encore douloureux, que sa cheville gonflait rapidement et qu'il pouvait se déplacer en béquilles. Il prenait du Dafalgan et poursuivait la physiothérapie.
7. Le 7 janvier 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).
8. La radiographie de la main droite réalisée le 22 avril 2013 n'a pas mis en évidence de lésion osseuse.
9. Dans un rapport du 18 juin 2013, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que la scintigraphie osseuse effectuée le 27 mai 2013 avait révélé une consolidation de la

tubérosité postérieure du calcanéum, un signe de pseudarthrose de la tubérosité antérieure ainsi qu'une arthrose sous-talienne.

10. Le 14 novembre 2013, l'assuré a subi une arthrodèse sous-talienne droite.
11. À la demande de la SUVA, dans un document du 22 janvier 2014, l'employeur a indiqué que l'assuré travaillait sur demande, si bien qu'il ne pouvait pas spécifier le nombre d'heures perdues durant la période du 2 mai au 7 juin 2012.
12. Dans son appréciation du 3 mars 2014, la doctoresse D_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a relevé que l'évolution avait été plutôt satisfaisante au niveau du poignet droit bien que des douleurs persistaient. Le médecin traitant ne proposait plus de traitement. Au niveau du pied droit, l'évolution n'était pas satisfaisante et une rééducation à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR) s'imposait.
13. Du 15 avril au 20 mai 2014, l'assuré a séjourné à la CRR. Dans un rapport du 5 juin 2014, cet établissement a posé, à titre de diagnostic principal, des thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs chroniques de la cheville droite, et à titre de diagnostics supplémentaires, une chute au travail le 5 juin 2012 avec une fracture comminutive complexe du calcanéum droit traitée conservativement, une contusion-entorse du poignet droit ainsi qu'une arthrodèse sous-talienne droite le 14 novembre 2013. Le status local d'entrée était décrit notamment comme suit : marche avec boiterie de décharge, diminution du déroulement du pas à droite avec douleurs à la charge ainsi qu'à la propulsion annoncées ; station unipodale 7" à gauche, impossible à droite ; accroupissement et marche talons / pointes impossibles à droite en raison des douleurs ; déplacement avec deux cannes ; marche sans canne possible sur quelques pas ; douleurs à la palpation de tout le calcanéum, de la malléole externe ainsi qu'en péri-malléolaire externe ; douleurs à l'extrémité distale des deuxième, troisième et quatrième métatarsiens ; sous-talienne enraidie, prono-supination enraidie d'un tiers, avant-pied souple ; absence de laxité. S'agissant du poignet droit, l'assuré ne présentait pas de trouble trophique, ni de douleur à la palpation de la tabatière anatomique, du scaphoïde, des os du carpe et des métacarpes, ni d'instabilité radio-ulnaire distale. La prono-supination était complète et symétrique. Au status de sortie, il n'y avait pas de modification significative de la mobilité et du point de vue fonctionnel par rapport à l'examen clinique d'entrée. Aucune psychopathologie n'était retenue, ni le diagnostic d'algodystrophie au vu de l'absence de signes cliniques suffisants.

Depuis l'opération, les douleurs montaient jusqu'à mi-mollet et sur le dos du pied à la marche. D'intensité 5-6/10 sur l'EVA au repos, 7-8/10 à la marche, les douleurs le réveillaient la nuit et le limitaient dans ses activités de la vie quotidienne (porter un sac de commissions par ex.). L'assuré avait déclaré qu'il pouvait faire quelques pas sans canne chez lui, en se tenant aux meubles ou contre les murs.

Les radiographies des chevilles du 17 avril 2014 avaient révélé une déminéralisation diffuse du tarse du côté droit par rapport au pied gauche, sans

signe de descellement de l'arthrodèse sous-talienne. La vis la plus crâniale semblait atteindre la corticale du versant interne du talus. L'angle du sommet de l'arche interne était dans les limites de la norme des deux côtés. La scintigraphie osseuse triphasique avec spect-CT du 23 avril 2014 avait mis en évidence, en phase vasculaire, une arrivée du traceur en faveur du côté droit ; au temps précoce, une hypercaptation talo-calcaneenne et dans une moindre mesure du médio-pied droit. Sur les coupes scanner, l'arthrodèse sous-talienne était partielle avec persistance d'un trait visible dans sa partie externe.

Les plaintes et les limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Du point de vue antalgique, un traitement de Co-Dafalgan avait été introduit. Une tentative d'infiltration sous échographie de la gouttière externe avait été réalisée le 2 mai 2014, mais n'avait pas pu être menée à terme en raison d'une résistance à l'injection et de douleurs. Au terme du séjour, l'évolution subjective et objective était non significative. La participation de l'assuré aux thérapies avait été considérée comme moyenne, le patient étant centré sur les douleurs, il n'avait pas été possible de mettre en place un programme de rééducation. Aucune incohérence n'avait été relevée, hormis le fait que le patient sous-estimait ses aptitudes fonctionnelles.

Des facteurs contextuels (patient centré sur ses douleurs, sous-estimant le niveau d'effort qu'il pensait pouvoir accomplir, sans qualification reconnue) influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par l'assuré. Il était trop tôt pour se prononcer sur les limitations définitives chez un patient se déplaçant encore avec deux cannes anglaises. Même si l'on pouvait s'attendre à une amélioration de la marche, il allait garder des limitations pour la marche en terrain irrégulier et le port de charges lourdes. Une stabilisation était attendue à un an de l'arthrodèse sous-talienne, moment où la situation devrait être réexaminée. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable en lien avec l'atteinte traumatique calcaneenne chez un patient centré sur les douleurs et sous-estimant ses aptitudes fonctionnelles. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée était défavorable chez un patient de 50 ans, sans qualification reconnue et n'ayant actuellement aucun projet professionnel.

14. Par décision du 18 novembre 2014, l'OAI a refusé l'octroi de prestations, le taux d'invalidité étant estimé à 9 %. Le service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (SMR) attestait d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle à l'issue du délai de carence le 5 juin 2013, mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à partir du 6 mars 2013. En ce qui concernait le revenu avec invalidité, un abattement de 10 % était opéré pour tenir compte des limitations fonctionnelles.
15. Le 8 janvier 2015, l'assuré a bénéficié d'une chirurgie élective pour suspicion de pseudarthrose sous-talienne droite. À cette occasion, il a subi une AMO (ablation de matériel d'ostéosynthèse), une greffe et une stabilisation de la cheville. Dans le

compte-rendu opératoire du 22 janvier 2015, le Dr C_____ a indiqué que l'exploration sous-talienne n'avait pas mis en évidence de pseudarthrose.

16. Le scanner et l'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de la cheville droite effectués le 24 septembre 2015 ont conclu à une consolidation de l'arthrodèse sous-talienne, à la présence d'un œdème de stress osseux au niveau du cuboïde, à une importante hétérogénéité du ligament talo-fibulaire antérieur et à une infiltration du sinus du tarse.
17. Dans un rapport du 29 octobre 2015, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a indiqué qu'une infiltration cortisonnée du sinus du tarse avait été effectuée le 15 octobre 2015 avec une légère amélioration transitoire.
18. Dans un rapport du 11 novembre 2015, le Dr E_____ a relevé que le stress osseux était à mettre en lien avec la surcharge pondérale de l'assuré (BMI à 35,3).
19. Dans un rapport du 12 septembre 2016, le Dr E_____ a posé le diagnostic de fracture du calcanéum droit compliquée d'un probable SDRC (syndrome douloureux régional complexe) type 2. Le dernier contrôle remontait au 4 janvier 2016. L'état de santé avait peu évolué. Le pronostic était réservé.
20. Dans un rapport du 23 janvier 2017, la docteure F_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a indiqué que l'assuré présentait des douleurs, une tuméfaction, une diminution de la mobilité en flexion dorsale de la cheville droite ainsi qu'un trouble anxio-dépressif réactionnel. L'incapacité de travail à moyen et long terme était totale depuis le 5 juin 2012, de manière définitive. Pour un changement de profession, il convenait de procéder à une nouvelle évaluation professionnelle. L'état de santé n'était pas stabilisé.
21. Le 22 février 2017, les docteurs G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin d'arrondissement de la SUVA, respectivement psychiatre-conseil, ont examiné l'assuré. Ce dernier a déclaré que l'évolution du poignet droit était bonne. Il présentait une fatigabilité au niveau de la force et des douleurs lors des changements de temps. Les douleurs étaient importantes et comparables à celles lors du séjour à la CRR. Elles étaient constantes, jamais inférieures à 5 et passaient rapidement au-dessus de 7 lors des surcharges mécaniques. Il a signalé une coloration changeante péri-cicatricielle entre la cyanose et l'érythrose. En cas de sollicitations mécaniques trop intenses, l'arrière-pied se gonflait. Depuis le début de l'été 2016, il marchait avec une canne à gauche. À la maison, pour les petits déplacements de l'ordre de 2 à 3 m, il n'utilisait pas de canne. S'il marchait sans canne pendant trente minutes, des douleurs extrêmement intenses apparaissaient. Il prenait du Dafalgan régulièrement, du Tramal, si nécessaire, et du Ciprex pour les troubles anxio-dépressifs. Il faisait rarement les courses, éventuellement, il allait chercher du pain. Il pouvait cuisiner lui-même en cas de besoin.

Dans son rapport d'examen final du même jour, le Dr G_____ a constaté que la marche s'effectuait avec une discrète boiterie à droite. La marche sur les pointes était réalisée des deux côtés, ainsi que sur le talon, à gauche sans problèmes, à droite un peu hésitante. L'appui monopodal était tenu des deux côtés et il existait un équilibre aléatoire plus marqué à droite qu'à gauche. L'appui monopodal et le pivot montraient un déséquilibre à gauche, le pivot à droite était plus qu'hésitant. L'arrière-pied présentait un talus valgus de 5° à gauche, une position neutre à droite. Au niveau de la cheville, la mobilité en flexion/extension à droite (35/0/20°) était identique à gauche, sans laxité pathologique. Le contrôle musculaire des deux côtés était moyen. L'assuré ne présentait pas de douleur à la palpation des tendons péroniers jambiers antérieurs, jambiers postérieurs et des tendons d'Achille. Il existait une dermite ocre péri-cicatricielle et une zone d'hypersensibilité du 4^{ème} et 5^{ème} rayon, sans trouble vasculaire au niveau du pied droit. Il n'y avait pas d'œdème marqué. Les périmètres bi-malléolaires étaient identiques. La percussion axiale à droite était douloureuse. Au niveau du poignet droit, la mobilité flexion/extension (60/0/60°) et l'inclinaison radiale ulnaire (30/0/30°) étaient identiques avec le côté gauche. Au Jamar, la mesure montrait à droite 36 kg et à gauche 38 kg.

Le Dr G_____ a posé les diagnostics d'arthrodèse sous-talienne droite ; de status post-fracture du calcaneum peu déplacé ; d'entorse du poignet droit ; d'obésité ; de syndrome d'apnée nocturne et de troubles anxio-dépressifs. Sur le plan radiologique, l'arthrodèse avait bien pris. L'assuré se plaignait encore de douleurs constantes à la cheville droite. Les interventions n'avaient pas amélioré la situation. Depuis sept mois, il marchait avec une canne à gauche, dont il ne pouvait pas se sevrer sans douleurs importantes immédiatement après. Il marchait par contre sans canne pour les très petites distances. Il ne pouvait pas rester longtemps assis sans devoir bouger sa cheville. La marche en terrains irréguliers, la montée et la descente régulières d'échelles, d'escaliers, le travail sur échafaudage ainsi que le port de charges lourdes étaient définitivement contre-indiqués. Une activité adaptée respectant ces limitations fonctionnelles pouvait être exigible dorénavant à plein temps, sans baisse de rendement (activité essentiellement sédentaire, avec déplacements réguliers sur de courtes distances).

22. Dans un rapport du même jour, le Dr G_____ a évalué à 15 % le taux de l'atteinte à l'intégrité résultant de l'atteinte à la cheville droite.
23. Dans son rapport du 27 février 2017, le Dr H_____ a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F 43.21). L'évaluation avait mis en évidence une atteinte psychique secondaire et réactionnelle à une mauvaise évolution sur le plan orthopédique d'une fracture. Il s'agissait d'une dépression d'intensité légère avec une dysphorie, apparue aux alentours de l'année 2014, qui n'était pas stablement installée, sans atteinte de la concentration, de la mémoire, de l'attention, de la personnalité, de culpabilité pathologique ni de dévolarisation. L'assuré ne présentait pas d'idéation suicidaire. L'énergie vitale était réduite avec une alternance entre des moments d'humeur normale et plus négative. L'assuré était

capable de faire face aux exigences de sa vie quotidienne. Il continuait à se socialiser. Son fonctionnement cognitif restait conservé. L'atteinte thymique n'était pas incapacitante, son intensité étant insuffisante. Le pronostic était réservé, principalement en lien avec l'évolution négative sur le plan orthopédique. L'atteinte thymique, qui évoluait en parallèle avec la composante somatique, allait selon toute probabilité se chroniciser et devenir une dysthymie. Une thérapie de soutien, avec la prescription d'un antidépresseur, pourrait être assurée par son médecin généraliste.

24. Par courrier du 5 mai 2017, la SUVA a fait savoir à l'assuré qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 juin 2017. L'assuré allait prochainement être informé de l'octroi éventuel d'autres prestations d'assurance.

25. Dans une note interne du même jour, la SUVA a recensé 116 postes compatibles selon elle avec les limitations fonctionnelles de l'assuré. Les salaires minimum, maximum et moyen de ces postes s'élevaient en 2017 à CHF 44'200.-, CHF 74'200.- et respectivement à CHF 57'052.-. Parmi ces postes, la SUVA a retenu cinq descriptions de postes de travail (DPT) en Suisse romande adaptées à l'assuré qui étaient décrites comme suit :

- le collaborateur de production (monteuse en appareil) (sic) s'occupait du montage de cartes et de modules électroniques, du contrôle de qualité, de la surveillance de montage autour du circuit et veillait à l'alimentation correcte de la machine. Les exigences physiques étaient : soulever et porter une charge très légère (jusqu'à 5 kg) : rarement ; maniement d'objets (léger à motricité fine) : très souvent ; rotation de la main : rarement ; position de longue durée (assise) : très souvent ; déplacements (marche jusqu'à 50 m) : rarement ; divers (usage des deux mains) : nécessaire ;
- l'assistant-opérateur (opérateur sur machine) devait approvisionner deux machines, charger et décharger des tours CNC, évacuer les copeaux, nettoyer les machines et effectuer un contrôle de production (opération visuelle). L'employé devait supporter la position debout et être capable de travailler à un rythme soutenu imposé par la machine (environ deux pièces par machine en 8 heures). Les exigences physiques étaient: soulever et porter une charge très légère (jusqu'à 5 kg) : rarement ; soulever au-dessus du buste (- 5 kg) : rarement ; maniement d'objets (léger à motricité fine) : parfois, (moyen): rarement ; position / mobilité (debout et penchée) : rarement ; position de longue durée (debout) : très souvent ; déplacements (marche jusqu'à 50 m) : parfois ; divers (usage des deux mains) : nécessaire ;
- le collaborateur de production (bracelets) devait effectuer le marquage à chaud ou avec film aluminium du nom des clients (ou logos), l'impression d'un filet, la mise en place et le nivelage de pressions, les coins métalliques de décoration sur le cuir et utiliser des presses pneumatiques. Les exigences physiques étaient:

soulever et porter une charge très légère (jusqu'à 5 kg) : souvent ; maniement d'objets (léger à motricité fine) : rarement ; position / mobilité (rotation) : rarement, (assise et penchée) : souvent ; position de longue durée (assise) : souvent, (debout) : rarement ; déplacements (marche jusqu'à 50 m) : rarement ; divers (usage des deux mains) : nécessaire ;

- l'employé d'atelier emballage devait chercher les produits et les emballages dans des locaux annexes, les disposer sur un charriot et pousser ce chariot jusqu'à son poste de travail, monter ensuite les emballages suivant les plis, disposer le produit à l'intérieur et le mettre dans un carton destiné au conditionnement dans des grands cartons. Les exigences physiques étaient : soulever et porter une charge très légère (jusqu'à 5 kg) : parfois , (entre 5 à 10 kg) : parfois ; position / mobilité (rotation) : parfois ; position de longue durée (assise) : très souvent ; déplacements (marche jusqu'à 50 m) : rarement ; divers (usage des deux mains) : nécessaire ;
- Le collaborateur de production (montage, câblage) devait effectuer des travaux de montage ou de câblage d'appareils électroniques, utiliser des outils pneumatiques ou à main. Les travaux étaient légers (visserie, collage, petites soudures). Les exigences physiques étaient : soulever et porter une charge très légère (jusqu'à 5 kg) : parfois, soulever au-dessus du buste (- 5 kg) : rarement ; maniement d'objets (léger à motricité fine) : souvent, (rotation de la main) : parfois ; position de longue durée (assise) : parfois, (debout) : parfois ; déplacements (marche jusqu'à 50 m) : rarement ; divers (usage des deux mains) : nécessaire.

Tous ces postes nécessitaient une formation élémentaire, étant précisé qu'une formation interne était dispensée. En 2017, le revenu moyen tiré des cinq activités précitées était de CHF 56'294.20 par année (13^{ème} salaire inclus lorsque cela était prévu), soit CHF 4'691.- par mois.

26. Dans un rapport du 26 mai 2017, le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de fracture du calcaneum droit le 5 juin 2012, d'arthrodèse sous-talienne pour arthrose secondaire le 14 novembre 2013, de reprise pour suspicion de pseudarthrose (infirmée) et AMO le 8 janvier 2015. Il a prescrit neuf séances d'ergothérapie.
27. Le 12 juillet 2017, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.
28. Selon les indications communiquées par l'employeur, l'assuré travaillait 42 heures par semaine et avait droit à un salaire horaire de CHF 26.- en 2012, ainsi qu'à 8,33 % à titre de 13^{ème} salaire. Entre 2013 et 2017, le salaire horaire aurait été de CHF 27.-.

Le bulletin de salaire relatif au mois de mai 2012 mentionnait un salaire horaire de CHF 26.-. L'assuré avait travaillé 18 heures. Le salaire brut soumis à cotisations incluait les allocations de vacances (10,6 %). Le bulletin de salaire du mois de juin

2012 indiquait un salaire horaire de CHF 27.-. L'assuré avait travaillé 9 heures. Le salaire brut soumis à cotisations comprenait également les allocations de vacances (10,6 %).

29. Dans un document interne du 28 septembre 2017, la SUVA a indiqué que le revenu sans invalidité s'élevait à CHF 5'323.- par mois (13^{ème} salaire inclus), lequel était obtenu selon le calcul suivant : $CHF\ 27.- \times 42\ \text{heures} \times 52\ \text{semaines} + 8,33\ \% / 12$. Le gain annuel, qui se montait à CHF 9'252.-, était établi comme suit : $(18\ \text{heures} \times 26.-) + (9\ \text{heures} \times 27.-) = CHF\ 711.- / 34\ \text{jours\ travaillés\ avant\ l'accident} = CHF\ 20.90 \times 365\ \text{jours} = CHF\ 7'628.50\ (\text{sic}) + 8,33\ \% = CHF\ 8'263.95 + 10,64\ \% (\text{vacances}) = CHF\ 9'143.25$, montant adapté à l'évolution des salaires nominaux pour les hommes dans le domaine de la construction jusqu'en 2016.

Les allocations de formation professionnelle en faveur des deux enfants étaient versées à l'épouse de l'assuré selon les pièces figurant au dossier.

30. Par décision du 28 septembre 2017, la SUVA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 12 % dès le 1^{er} juillet 2017, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 % représentant la somme de CHF 18'900.-. Le gain annuel assuré s'élevait à CHF 9'252.-. Sur le plan orthopédique, une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues était exigible à plein temps et permettrait à l'assuré de réaliser un revenu de CHF 4'691.- par mois (13^{ème} salaire inclus). Comparé au gain de CHF 5'323.- par mois (13^{ème} salaire inclus) qu'il réaliserait sans l'accident, il en résultait une perte de gain de 11,87 %, arrondie à 12 %. Sur le plan psychique, les troubles psychogènes évoqués n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident, de sorte qu'un droit aux prestations était exclu.
31. Dans un rapport du 18 octobre 2017, le Dr E_____ a répété les diagnostics posés par le Dr I_____. La scintigraphie osseuse du 23 avril 2014 avait montré une hypercaptation talo-calcaneenne en phase précoce, éventuellement un CRPS (syndrome douloureux régional complexe). L'assuré présentait des douleurs dégénératives calcaneéo-cuboïdienne droite et probablement un échec d'infiltration sous scopie.
32. Le 1^{er} novembre 2017, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a formé opposition à cette décision. Il souffrait de douleurs constantes et devait se déplacer avec une canne. En raison des difficultés liées à la marche, il avait développé une atteinte à l'épaule gauche. Dans la mesure où les deux épaules étaient affectées, la capacité de travail résiduelle de 100 % ne pouvait pas être maintenue et les limitations fonctionnelles retenues étaient incomplètes. En outre, il se justifiait de réduire les salaires statistiques de 15 % en raison des limitations fonctionnelles importantes retenues par le Dr J_____ dans son rapport du 22 février 2017, de son parcours professionnel (il avait exercé des emplois temporaires de courte durée, ce qui diminuait son attractivité), de son permis B, de son âge (52 ans) et de sa maîtrise limitée de la langue française. S'agissant du calcul du gain assuré, dès lors qu'il avait touché des indemnités de chômage en 2008 et 2009, avant d'être assisté

par l'Hospice général, et qu'il avait continué à rechercher un emploi et à accomplir diverses missions temporaires, il convenait de considérer que son salaire avait été réduit par suite de chômage. Partant, sans la survenance de son incapacité de travail, il aurait pu réaliser un gain mensuel de CHF 5'323.- (13^{ème} salaire inclus), soit CHF 63'876.- par an.

33. Dans un projet de décision du 13 juin 2018, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il envisageait de lui nier le droit à toute prestation, la perte de gain s'élevant à 4 %. Le SMR retenait une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles.
34. L'extrait du compte individuel du recourant, figurant au dossier, établi par la caisse cantonale genevoise de compensation, mentionne un revenu de CHF 32'670.- en 2008 (indemnités de chômage) ; CHF 25'410.- en 2009 (indemnités de chômage) ; CHF 1'059.- en 2010 ; CHF 4'612.- en 2012 (à titre de personne sans activité lucrative) et CHF 855.- de mai à décembre 2012.
35. Par décision du 18 juin 2018, la SUVA a rejeté l'opposition. Un abattement ne pouvait pas être appliqué lorsque le revenu d'invalidité était déterminé en fonction des DPT. Dans l'hypothèse où l'on se référerait aux données ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), le revenu mensuel avec invalidité serait de CHF 4'761.65 en 2017 (niveau de compétences 1, compte tenu d'un abattement de 15 %). Comparé au revenu sans invalidité de CHF 5'323.- par mois, il en résultait une perte de gain de 10,55 %, inférieure au taux de 12 % qui était maintenu. Quant au calcul du gain annuel assuré, il n'existait aucun élément au dossier permettant de prendre en considération des indemnités de chômage qui aurait été perçues entre le 5 juin 2011 et le 4 juin 2012, soit durant l'année ayant précédé l'accident du 5 juin 2012. L'extrait du compte individuel enregistrait un revenu total de CHF 5'467.- pour l'année 2012.
36. Par acte du 3 août 2018, l'assuré, sous la plume de son conseil, a recouru contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi du dossier à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision.

Il a nié toute valeur probante à l'avis du Dr G_____ et contesté disposer d'une capacité de travail résiduelle de 100 %. La CRR avait conclu que la fracture de la jambe droite était complexe et que le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée était défavorable. En outre, son médecin traitant attestait d'une capacité de travail nulle dans toute activité et précisait qu'aucune position de travail ne convenait à son état de santé. Il ressortait au demeurant de l'examen final qu'il éprouvait des difficultés à effectuer le moindre déplacement. L'appréciation du Dr G_____ était contradictoire, en tant que celui-ci retenait une aptitude à réaliser des activités essentiellement sédentaires avec déplacements réguliers sur de courtes distances. Or, au vu de la pathologie dont il était affecté, il était difficilement imaginable qu'il puisse à la fois concilier une position sédentaire et des

déplacements réguliers sur de courtes distances. Compte tenu de ces éléments, on ne saurait admettre une capacité de travail exigible à plein temps sans diminution de rendement. Par ailleurs, pour les motifs exposés dans son opposition, il a répété qu'il se justifiait de réduire les salaires statistiques de 15 %. Il a spécifié qu'il était titulaire d'un permis C (et non B). L'intimée s'était en outre écartée de l'abattement fixé par l'OAI. Enfin, en ce qui concernait le calcul du gain assuré, il a réitéré son argumentation développée dans son opposition.

Le recourant a joint notamment :

- un rapport de la Dresse F_____ du 28 septembre 2017 adressé à l'OAI, retenant les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de status post-fracture du calcanéum droit (2012) avec arthrodèse pour arthrose (2013, 2015) et de trouble anxio-dépressif réactionnel (2014). Le dernier contrôle remontait au 1^{er} septembre 2017. Elle avait constaté une tuméfaction chaude de la cheville droite avec douleurs sous-malléolaires bilatérales. La mobilité était partielle. La capacité de travail était jugée nulle dans toute activité. Les restrictions physiques étaient : douleurs, marche limitée, cheville remaniée avec marche impossible en terrains irréguliers. Le rendement était diminué. Le risque de chute au travail n'était pas exclu. Le pronostic était réservé s'agissant de la guérison de la cheville droite ;
- un rapport du Dr E_____ du 18 octobre 2017 adressé à l'OAI, posant les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de douleurs chroniques au pied droit, d'un possible CRPS type 2 et de fracture du calcanéum droit. Il avait constaté des douleurs calcanéo-cuboïdiennes au pied. Le pronostic était mauvais. L'activité habituelle n'était plus exigible. Dans une activité adaptée, le médecin a indiqué « ? ». L'assuré avait besoin d'une canne. Les travaux qui pouvaient encore être exigés étaient : les activités uniquement en position assise ; travailler avec les bras au-dessus de la tête et rotation en position assise ;
- une note interne de l'OAI du 13 juin 2018 relative à la détermination du degré d'invalidité, retenant un abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles.

37. Dans sa réponse du 4 octobre 2018, l'intimée a conclu, sous suite de dépens, au rejet du recours. Il n'existait aucun élément médical objectif de nature à mettre en doute l'exigibilité retenue par le Dr G_____. Les limitations énoncées par la CRR étaient confirmées par le médecin d'arrondissement. Cet établissement avait jugé défavorable le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée compte tenu de facteurs contextuels (âge et qualification), étrangers à l'invalidité. L'incapacité de travail totale et définitive attestée par le médecin traitant dans son rapport du 12 janvier 2017 (recte : 23) ne devait être comprise qu'en lien avec l'activité habituelle, le médecin ayant spécifié qu'une évaluation devait avoir lieu s'agissant d'un changement de profession. Le rapport du 28 septembre 2017, quant à lui, ne faisait pas état d'éléments qui auraient été ignorés par le Dr G_____. Les

limitations fonctionnelles retenues par la Dresse F_____ étaient globalement identiques à celles exposées par le médecin d'arrondissement. Au demeurant, selon le SMR, le recourant disposait également d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles. Le fait de réaliser une activité essentiellement sédentaire avec déplacements réguliers sur de courtes distances n'était pas contradictoire. Dans une telle activité, il était possible de faire quelques pas régulièrement, contrairement à un travail sédentaire strict, bien plus limitatif. Le recourant pouvait marcher avec une canne à gauche, tenir un appui monopodal et n'avait pas besoin d'un fauteuil roulant. Il convenait de comprendre la notion de « marche régulière », qui n'était pas une contrainte de rendement ni de productivité, comme correspondant à une certaine autonomie face à l'environnement. Le recourant n'avait pas contesté le choix ni la représentativité des DPT sélectionnées, lesquelles étaient compatibles à son état de santé. L'évaluation de l'invalidité par l'OAI n'avait pas de force contraignante pour l'assureur-accidents. Même en réduisant de 15 % le salaire statistique, taux d'abattement supérieur à celui arrêté par l'OAI, le revenu d'invalidé (CHF 57'336.50) serait plus élevé que celui retenu sur la base des DPT. L'âge du recourant, son manque d'expérience professionnelle et la mauvaise maîtrise de la langue française ne justifiaient pas un abattement. Enfin, pour ce qui était du montant du gain annuel assuré, l'intimée renvoyait aux motifs exposés dans la décision querellée.

38. Dans sa réplique du 14 décembre 2018, le recourant a persisté dans ses conclusions. Le médecin d'arrondissement n'avait pas tenu compte des rapports des médecins traitants, cités dans le recours, qui étaient pourtant de nature à discréditer les conclusions du Dr G_____. Le gain assuré était erroné, puisque certains revenus n'avaient pas été pris en compte.
39. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

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. 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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune

modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
5. a. 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 attaquée. L'objet de la contestation et l'objet du litige sont donc identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, les rapports juridiques non litigieux sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b).
b. Le recourant ne remet pas en cause le fait que l'entorse au poignet droit consécutive à l'accident du 5 juin 2012, dont l'évolution était bonne au jour de l'examen effectué par le médecin d'arrondissement le 22 février 2017, n'entraîne pas de répercussions sur sa capacité de gain. Il ne conteste pas non plus le fait que ses troubles psychiques, réactionnels à une mauvaise évolution sur le plan orthopédique, ne sont pas en relation de causalité adéquate avec la chute dont il a été victime, qui doit être qualifiée de peu de gravité (cf. ATF 115 V 403 consid. 5a) – le recourant étant tombé sur le béton alors qu'il poussait un échafaudage, il n'a pas fait une chute d'une certaine hauteur – (cf. ATAS/343/2017 du 2 mai 2017 consid. 14 b/bb. s'agissant de la casuistique relative à des chutes d'une certaine hauteur ayant été considérées comme des accidents de gravité moyenne).

En conséquence, le litige porte uniquement sur le degré d'invalidité du recourant résultant des troubles de la cheville droite depuis le 1^{er} juillet 2017, ainsi que sur le gain assuré déterminant servant au calcul de la rente d'invalidité.

6. 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 129 V 402 consid. 2.1 ; ATF 122 V 230 consid. 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 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

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

7. 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. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

8. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

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

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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin

traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

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. 3b/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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 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).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

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

10. a. En l'espèce, l'intimée, se référant à l'examen final du 22 février 2017, effectué par le Dr G_____, médecin d'arrondissement, retient que le recourant est apte à exercer une activité adaptée, essentiellement sédentaire avec déplacements réguliers sur de courtes distances, à plein temps, sans baisse de rendement, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : éviter la marche en terrains irréguliers, la montée et la descente régulières d'échelles, d'escaliers, le travail sur échafaudage ainsi que le port de charges lourdes. Le recourant, de son côté, s'appuyant sur l'avis de ses médecins traitants, conteste la valeur probante du rapport du Dr G_____.

b. Dans son rapport du 18 octobre 2017, le Dr E_____, médecin traitant, indique que la scintigraphie osseuse du 23 avril 2014 révélait une hypercaptation talocalcanéenne en phase précoce, éventuellement un SDRC, en d'autres termes, une algodystrophie. Cette imagerie médicale avait été réalisée par la CRR qui n'avait alors pas retenu le diagnostic d'algodystrophie en l'absence de signes cliniques suffisants. Quoi qu'il en soit, il n'est pas contesté ni contestable que le recourant souffre encore de douleurs chroniques à la cheville droite (cf. rapports de la Dresse F_____ des 23 janvier 2017 et 28 septembre 2017, et du Dr E_____ du 18 octobre 2017) consécutives à l'accident du 5 juin 2012 en dépit des traitements thérapeutiques instaurés. Selon le Dr E_____, les travaux qui peuvent encore être exigés du recourant consistent en des activités uniquement en position assise. Cette appréciation rejoint celle du Dr G_____ qui retient que l'activité adaptée doit être essentiellement sédentaire. Dans la mesure où ce médecin a expressément relevé que, depuis sept mois, le recourant marchait sans canne pour les très petites distances, qu'il ne pouvait pas rester longtemps assis sans devoir bouger la cheville et que l'activité adaptée doit être « essentiellement » sédentaire, les déplacements « réguliers » sur de courtes distances ne doivent pas être compris dans le sens de « fréquents » comme semble l'alléguer le recourant, mais plutôt dans le sens de « permis », « autorisés », « à intervalles de temps identiques » pour justement lui permettre de bouger sa cheville.

En l'absence d'éléments objectivement vérifiables, de nature clinique ou diagnostique, qui auraient été ignorés par le Dr G_____, les conclusions de ce dernier, prises à l'issue d'un examen complet du recourant, sur la base du dossier, y compris les radiographies, et donc en connaissance de ses limitations, emportent la conviction de la chambre de céans. Les avis des médecins traitants ne sauraient remettre en cause le rapport du médecin d'arrondissement. Certes, la Dresse F_____ évalue la capacité de travail résiduelle du recourant à 0 %. Toutefois, si le 1^{er} septembre 2017, cette spécialiste avait observé une tuméfaction chaude de la cheville droite avec douleurs sous-malléolaires bilatérales, lors de son examen final, le Dr G_____ n'avait pas constaté d'œdème. À cette occasion, le recourant avait déclaré qu'en cas de sollicitations mécaniques trop intenses, l'arrière-pied se gonflait. Depuis le début de l'été 2016, il marchait avec une canne à gauche. S'il marchait sans canne pendant trente minutes, des douleurs extrêmes apparaissaient. C'est dire que l'état du pied droit peut varier d'un jour à l'autre

selon que le recourant utilise ou non sa canne. En outre, les limitations fonctionnelles décrites par la Dresse F_____ (marche limitée, douleurs, marche impossible en terrains irréguliers) sont globalement les mêmes que celles exposées par le médecin d'arrondissement. Le Dr G_____ a en particulier tenu compte du fait que le recourant marchait avec une canne à gauche, dont il ne pouvait pas se servir sans douleurs importantes immédiatement après, qu'il ressentait des douleurs lors des changements de temps et que la marche s'effectuait avec une discrète boiterie à droite. La Dresse F_____ ne met donc pas en évidence de manière circonstanciée un élément permettant de reconnaître une capacité de travail nulle dans une activité adaptée (essentiellement en position assise) tenant compte des limitations fonctionnelles du recourant. Quant au Dr E_____, il ne spécifie nullement le taux d'activité exigible dans une activité adaptée.

En définitive, la chambre de céans retient que la capacité de travail du recourant, nulle dans son activité habituelle d'aide-coffreur – ce qui n'est pas contesté par l'intimée –, est entière dans une activité adaptée (essentiellement sédentaire) à ses limitations fonctionnelles (éviter la marche en terrains irréguliers, la montée et la descente régulières d'échelles, d'escaliers, le travail sur échafaudage ainsi que le port de charges lourdes), sans baisse de rendement.

11. Il convient à présent d'examiner le degré d'invalidité du recourant.

a. Si l'assuré est invalide (art. 8 LGPA) 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).

Une atteinte à la santé seule ne suffit pas, quelle que soit sa gravité, à constituer une invalidité; elle doit avoir pour conséquence une incapacité de gain. L'incapacité de gain ne se réfère pas à la profession exercée par l'assuré avant l'atteinte à la santé; si l'assuré est devenu incapable d'exercer sa profession mais peut prendre une autre activité raisonnablement exigible, après le traitement et la réadaptation, l'évaluation de l'incapacité de travail est faite d'après cette activité exigible. Si la perte de gain est due à un manque de places de travail, et non à l'atteinte à la santé, il n'y a pas d'invalidité, dans la définition de laquelle d'autres facteurs extérieurs sont aussi écartés, comme l'âge, le manque de formation, les différences socioculturelles (Pierre-Yves GREBER, L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, éd. par Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, 2010, p. 137 ss, n. 166). La notion d'invalidité définie à l'art. 8 LPGA est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité

(ATF 126 V 288 consid. 2d; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 853/05 du 28 décembre 2006 consid. 4.1.1).

Selon l'art. 16 LPGA, 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. Le degré d'invalidité résulte de la différence entre le revenu dit d'invalide (ou avec invalidité) et le revenu sans invalidité, et ce au moment de l'ouverture du droit à la rente. Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et 128 V 174). Pour la comparaison des revenus, est réputé revenu au sens de l'art. 16 LPGA le revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS (art. 25 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI – RS 831.201]).

b. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral U 311/02 du 4 février 2003 consid. 4.1). En vertu de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé. La prise de comprimés antidouleur, soit la prescription d'une mesure thérapeutique, ayant uniquement pour effet d'atténuer passagèrement les plaintes liées à un état stationnaire en soi, ne fait pas obstacle à la clôture du cas par l'assureur (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1).

En l'espèce, le recourant, dont le traitement actuel consiste en la prise de comprimés antidouleur (Dafalgan, Tramal), ne conteste pas que son état de santé était stabilisé au 30 juin 2017, ouvrant ainsi dès le 1^{er} juillet 2017 le droit à une éventuelle rente. Partant, la comparaison des revenus doit être effectuée en prenant pour référence l'année 2017.

c. Pour déterminer le revenu sans invalidité avant un accident, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé utiliser pleinement sa capacité de travail. Peu importe de savoir si l'assuré mettait à profit, entièrement ou partiellement seulement, sa capacité de travail; ces éléments sont pris en compte au travers du montant du gain assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 5.5 et les références). Lorsqu'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on prendra en compte le revenu qu'il obtenait dans le poste occupé jusqu'alors, adapté à l'évolution des salaires (RAMA 2006 n. U 568, p. 66 consid. 2).

d. S'agissant de la fixation du revenu d'invalidé, ce n'est pas le fait que l'assuré mette réellement à profit sa capacité résiduelle de travail qui est déterminant, mais bien plutôt le revenu qu'il pourrait en tirer dans une activité raisonnablement exigible. Le caractère raisonnablement exigible d'une activité doit être évalué de manière objective, c'est-à-dire qu'on ne peut simplement tenir compte de l'appréciation négative par l'assuré de l'activité en cause. En application de ce principe, la jurisprudence admet très largement le caractère exigible d'une activité (Ulrich MEYER, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2^{ème} éd., p. 294ss). Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa), ou de données salariales résultant des DPT. La détermination du revenu d'invalidé sur la base des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifiée ni admissible (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3).

En l'absence de DPT recueillies conformément aux exigences jurisprudentielles, il convient pour déterminer le revenu d'invalidé de se fonder sur les salaires qui ressortent des ESS (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se baser, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, 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 124 V 321 consid. 3b/bb). À noter que la table TA1 des ESS publiées jusqu'en 2010 correspond à la table TA1_skill_level des ESS publiées depuis 2012 (cf. lettre circulaire AI n° 328 du 22 octobre 2014). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

Lors du recours aux données statistiques des ESS, il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait toucher l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3.). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

e/aa. En l'occurrence, il n'est pas contesté que le recourant, s'il n'avait pas eu son accident, continuerait à travailler au service de B_____ Sàrl en tant qu'aide-coffreur. Par conséquent, il y a lieu de prendre en considération le revenu qu'il recevrait dans cette activité en 2017. Selon les données communiquées par l'ancien employeur, le recourant obtiendrait un salaire horaire de CHF 27.- pour une durée de travail hebdomadaire de 42 heures, ainsi qu'un supplément de 8,33 % à titre de 13^{ème} salaire. Il convient également de prendre en considération l'indemnité de vacances (10,6 %), ce que l'intimée a omis de faire, dès lors que le recourant, avant son accident, bénéficiait de cette indemnité pour laquelle il s'était acquitté de cotisations à l'AVS et qu'on peut raisonnablement admettre qu'il continuerait à la percevoir. Dans la mesure où une indemnité de vacances de 10,64% correspond à un droit aux vacances de 5 semaines, il y a lieu de multiplier le salaire horaire par 47 (52 semaines moins 5 semaines de vacances) afin d'éviter une double indemnisation (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 5.5 et la référence).

Ainsi, le revenu sans invalidité s'élève à CHF 63'839.95 selon le calcul suivant :
 $CHF 32.34 (CHF 27.- + 8,33 \% + 10,6 \%) \times 42 \text{ heures} \times 47 = CHF 63'839.95.$

e/bb. Quant au revenu avec invalidité, le recourant, incapable d'exercer son activité habituelle, n'a pas repris d'activité professionnelle. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de statistiques salariales ressortant de l'ESS ou de données salariales résultant des DPT. L'intimée s'est fondée sur les DPT. Elle a retenu cinq

postes de travail en Suisse romande, soit ceux de collaborateur de production (monteuse en appareil) (sic), d'assistant-opérateur (opérateur sur machine), de collaborateur de production (bracelets), d'employé d'atelier emballage et de collaborateur de production (montage, câblage).

Le poste d'assistant-opérateur, en tant qu'il implique une position de longue durée debout : très souvent, et des déplacements (marche) jusqu'à 50 m : parfois, et celui d'atelier emballage, en tant qu'il requiert que le recourant cherche les produits dans des locaux annexes, pousse le chariot, porte des charges entre 5 à 10 kg : parfois, alors que celui-ci se déplace avec une canne à gauche, pourraient être incompatibles avec les limitations fonctionnelles retenues (activité essentiellement sédentaire, marche sur de courtes distances et pas de port de charges lourdes). La question de savoir si ces DPT sont adaptées aux limitations du recourant peut en l'état demeurer ouverte, car si l'on s'écarte des DPT pour recourir aux ESS, le degré d'invalidité n'est de toute manière pas supérieur à 12 %, comme il sera démontré ci-après.

e/cc. En ce qui concerne l'année de référence des tableaux statistiques à appliquer, l'ESS 2016 n'était pas encore publiée (elle l'a été le 26 octobre 2018) au moment déterminant de la décision sur opposition du 18 juin 2018. Aussi convient-il de se référer à la version 2014 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3).

Le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités physiques ou manuelles simples (niveau de compétence 1) dans le secteur privé. Vu que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, il y a lieu d'admettre qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4). Il n'est pas irréaliste de retenir qu'il existe, parmi la large palette d'activités considérées, un emploi adapté à la situation du recourant sur un marché du travail équilibré. Cette notion est certes théorique et abstraite mais elle est inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2).

D'après l'ESS 2014, le revenu statistique tiré d'activités physiques ou manuelles simples s'élève à CHF 5'312.- par mois (tableau TA1_tirage_skill_level, niveau 1, total, homme, part au 13^{ème} salaire comprise) ou à CHF 63'744.- par année (5'312 × 12). Ce salaire hypothétique se base toutefois sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises. Il convient dès lors de l'ajuster à la durée hebdomadaire normale de travail en 2014, laquelle est de 41,7 heures (tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'office fédéral de la statistique), ce qui porte le salaire annuel à CHF 66'453.10.- (63'744 × 41,7/ 40). Après adaptation de ce montant à l'évolution des salaires nominaux pour les hommes en 2017 – année déterminante pour la comparaison des revenus – (Indice suisse des salaires publié par l'office fédéral de la statistique [ISS]; en 2014: 2220 et en 2017: 2249), le

revenu avec invalidité est de CHF 67'321.- ($[66'453.10 \times 2249 / 2220]$) pour un plein temps.

e/dd. À ce salaire, il convient encore d'examiner si un facteur de réduction doit s'appliquer.

Selon la jurisprudence, l'âge de l'assuré ne constitue pas per se un facteur de réduction du salaire statistique. Autrement dit, il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. Le Tribunal fédéral a insisté sur ce point et affirmé que l'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation et l'expérience professionnelle de l'assuré concerné. Il a considéré qu'un assuré ayant accompli plusieurs missions temporaires, alors qu'il était inscrit au chômage consécutivement à la cessation d'activité de son ancien employeur, disposait d'une certaine capacité d'adaptation sur le plan professionnel susceptible de compenser les désavantages compétitifs liés à son âge (59 ans au moment déterminant), surtout dans le domaine des emplois non qualifiés qui sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur le marché équilibré du travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5 et les références citées).

Le point de savoir si, dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, le critère de l'âge constitue un critère d'abattement ou si, dans ce domaine, l'influence de l'âge sur la capacité de gain doit être prise en compte uniquement dans le cadre de la réglementation particulière de l'art. 28 al. 4 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA – RS 832.202 ; assuré qui ne reprend pas d'activité lucrative en raison de son âge) n'a pas encore été tranché par le Tribunal fédéral (cf. arrêt 8C_849/2017 du 5 juin 2018 consid. 3.2).

Dans un arrêt du 22 janvier 2016 (8C_311/2015 consid. 4.5), le Tribunal fédéral a confirmé – s'agissant d'un assuré âgé de près de 55 ans au moment de la comparaison des revenus, sans formation professionnelle certifiée et à la scolarité limitée, disposant d'une capacité de travail exigible de 100% dans une activité adaptée – un abattement de 10%, qui tenait suffisamment compte de l'âge et des limitations fonctionnelles (sans port de charges répété du membre supérieur droit au corps de plus de 10 kg, sans port de charges répété de plus de 5 kg du membre supérieur droit éloigné du corps et sans mouvement répétitif de rotation interne et externe contre résistance de plus de 5 kg et sans mouvement au-dessus du niveau des épaules et, pour des séquelles au niveau du genou droit, sans long déplacement en terrain régulier, sans de fréquents déplacements en terrain irrégulier, sans utilisation d'escaliers de manière fréquente, ni de travaux à genoux ou accroupis et sans travaux nécessitant la marche avec des charges de plus de 15 kg).

Dans un arrêt du 21 octobre 2016 (8C_883/2015 consid. 6.3.2), concernant un assuré victime d'un accident ayant entraîné une fracture comminutive déplacée du pilon tibial gauche et une fracture du radius distal gauche, le Tribunal fédéral a précisé qu'un taux global d'abattement supérieur à 10% ne saurait apparaître justifié au regard uniquement du handicap résultant du fait que la capacité de l'assuré est limitée à un travail exercé essentiellement en position assise.

Dans un arrêt du 4 août 2017 (8C_655/2016 consid. 6.3), qui concernait un assuré, ouvrier au service d'une voirie ayant subi un traumatisme par écrasement au niveau du pied gauche avec de multiples lésions osseuses à la cheville, disposant d'une capacité de travail exigible de 100 % et dont les limitations fonctionnelles retenues étaient : pas de marche en terrain accidenté, de montée/descente d'escaliers, de position debout statique prolongée ou de marche prolongée, le Tribunal fédéral a considéré que la nature des limitations fonctionnelles ne présentait pas de spécificités telles qu'elles étaient susceptibles d'induire, à elles seules, une réduction importante sur les perspectives salariales compte tenu de la palette d'activités compatibles avec celles-ci, contrairement à l'âge (58 ans au moment de la naissance du droit à la rente) qui constituait un plus grand inconvénient, et au fait que l'assuré perdait l'avantage de compter 15 années de service chez un employeur public. L'abattement de 15% apparaissait approprié aux circonstances du cas d'espèce.

Enfin, dans un arrêt du 15 septembre 2017 (8C_37/2017 consid. 6.3) qui traitait d'un assuré, ouvrier agricole, qui s'était tordu la jambe droite, entraînant une déchirure au moins partielle, voire une rupture de l'attache fémorale du ligament croisé antérieur ainsi qu'un clivage horizontal du ménisque externe, disposant d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et dont les limitations fonctionnelles étaient: pas d'activité en terrain accidenté, dans les pentes, dans les escaliers de manière répétée, pas d'activité à genoux, en position accroupie, pas de port de charge supérieure à 20–25 kg, activités en position debout avec possibilité de s'asseoir régulièrement, le Tribunal fédéral n'a pas remis en cause la déduction de 15% opérée par l'assurance-accidents sur le revenu d'invalidé pour tenir compte des limitations fonctionnelles et de l'âge de l'assuré (59 ans au moment de l'examen du droit à la rente).

En l'espèce, les années de service auprès de l'ancien l'employeur ne constituent pas, dans le cas du recourant, des éléments susceptibles d'avoir un effet sur le montant du salaire auquel celui-ci pourrait prétendre sur le marché du travail. En effet, au moment de son accident, il travaillait pour son employeur depuis un mois, ce qui n'est pas une durée assez longue afin de pouvoir bénéficier de conditions particulières liées à l'ancienneté. En outre, l'influence de la durée de service diminue dans la mesure où les exigences d'un emploi dans le secteur privé sont moins élevées. Ainsi, un abattement pour années de service n'est pas justifié dans le cadre du niveau de qualification 4 de l'ESS (jusqu'à l'ESS 2010) ou du niveau de compétences 1 (dès l'ESS 2012) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_883/2015,

8C_884/2015 du 21 octobre 2016 consid. 6.3.2 et les références). Le manque d'expérience du recourant dans une nouvelle profession n'est pas non plus un facteur susceptible de jouer un rôle significatif sur ses perspectives salariales, puisque les activités adaptées envisagées (simples) ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique, et que tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018, 8C_131/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). En ce qui concerne la mauvaise maîtrise de la langue française, on relèvera que le niveau de qualification professionnelle déterminant in casu ne nécessite pas une bonne maîtrise d'une langue nationale (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 5.2 et les références) et que, de toute manière, les difficultés à s'exprimer en français n'ont pas empêché le recourant de trouver un travail en Suisse. Enfin, le critère de la nationalité du recourant, titulaire d'un permis C, ne justifie pas d'abattement sur le salaire, étant relevé à cet égard que les salaires statistiques sont établis en fonction de la population résidente aussi bien suisse qu'étrangère (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 640/00 du 16 avril 2002 consid. 4d/bb [résumé in : REAS 2002 p. 308]).

Compte tenu de ces éléments et au regard de la casuistique citée ci-dessus, un abattement de 15 % sur le revenu d'invalidé est amplement suffisant, compte tenu éventuellement de l'âge du recourant (53 ans au moment déterminant) ainsi que de ses limitations fonctionnelles.

En opérant une réduction de 15%, le revenu d'invalidé s'élève donc à CHF 57'222.85 ($67'321 - 10'098.15$; $67'321. - \times 15 / 100 = 10'098.15$).

Partant, le revenu d'invalidé de CHF 57'222.85, comparé avec le revenu sans invalidité de CHF 63'839.95, donne un degré d'invalidité de 10,36 % ($[(63'839.95 - 57'222.85) / 63'839.95 \times 100]$), arrondi à 10 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

Force est ainsi de constater que le taux d'invalidité de 10 %, résultant des données statistiques des ESS, est légèrement inférieur à celui admis par l'intimée (12 %) sur la base des DPT.

12. Reste à déterminer le montant du gain assuré.

a. En vertu de l'art. 15 al. 1 et 2 LAA, les indemnités journalières et les rentes sont calculées d'après le gain assuré, c'est-à-dire le dernier salaire que l'assuré a reçu avant l'accident s'agissant des indemnités journalières, le salaire réalisé durant l'année précédant l'accident pour les rentes. La rente d'invalidité s'élève à 80 % du gain assuré (art. 20 al. 1 LAA).

Est réputé gain assuré le salaire déterminant au sens de la législation sur l'AVS, sous réserve de diverses dérogations qui ne concernent pas le présent cas (art. 22 al. 2 OLAA). Au sens de l'art. 5 al. 2 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS – RS 831.10), le salaire déterminant comprend toute rémunération pour un travail dépendant, fourni pour un temps déterminé ou indéterminé. Il englobe les allocations de renchérissement et autres

suppléments de salaire, les commissions, les gratifications, les prestations en nature, les indemnités de vacances ou pour jours fériés et autres prestations analogues, ainsi que les pourboires, s'ils représentent un élément important de la rémunération du travail.

Les bases de calcul sont réglées à l'art. 22 al. 4 OLAA lequel prévoit que les rentes sont calculées sur la base du salaire que l'assuré a reçu d'un ou de plusieurs employeurs durant l'année qui a précédé l'accident, y compris les éléments de salaire non encore perçus et auxquels il a droit (1^{ère} phrase). Si les rapports de travail ont duré moins d'une année, le salaire reçu au cours de cette période est converti en gain annuel (2^{ème} phrase) afin de combler les lacunes de salaire, du point de vue temporel, résultant du fait que l'assuré n'a pas perçu de salaire pendant toute l'année précédant l'accident (Jean-Maurice FRÉSARD/ Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 3^{ème} éd., 2016, p. 957 n. 182).

b/aa. Selon l'art. 15 al. 3 LAA, le Conseil fédéral édicte des prescriptions sur le gain assuré pris en considération dans des cas spéciaux. L'autorité exécutive a exhaustivement déterminé ces cas à l'art. 24 OLAA (pour les rentes). Cette disposition a pour but d'atténuer la rigueur de la règle du dernier salaire reçu avant l'accident lorsque cette règle pourrait conduire à des résultats inéquitables ou insatisfaisants (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 212/02 du 19 avril 2004 consid. 3.2 et les références).

b/bb. Si, au cours de l'année qui précède l'accident, le salaire de l'assuré a été réduit par suite de service militaire, de service civil, de service de protection civile, ou par suite d'accident, de maladie, de maternité, de chômage ou de réduction de l'horaire de travail, le gain assuré est celui que l'assuré aurait reçu sans la survenance de ces éventualités (art. 24 al. 1 OLAA). Cette disposition vise des situations où l'assuré a subi une perte de salaire dans l'année de référence en raison de l'une des éventualités énumérées (ATF 137 V 405 consid. 4.4). En d'autres termes, le but de cette disposition consiste à prévoir une réglementation spéciale en faveur des assurés qui, pour une période déterminée, sont privés d'une moyenne constante de temps de travail en raison d'un événement empêchant de manière involontaire la « durée normale du travail » (cf. ATF 114 V 113 consid. 3a).

En cas de chômage, l'art. 24 al. 1 OLAA ne s'applique que pour les périodes durant lesquelles l'assuré ne reçoit aucun salaire ou uniquement un salaire réduit des suites de son chômage (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_549/2007 du 30 mai 2008 consid. 8.3.4). En revanche, on ne saurait recourir à cette disposition lorsqu'au terme d'une période de chômage, l'assuré reprend une activité lucrative à plein temps avec un salaire moins important que celui perçu précédemment (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_434/2009 du 11 novembre 2009 consid. 4.2.2).

b/cc. Lorsque le droit à la rente naît plus de cinq ans après l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle, le salaire déterminant est celui que l'assuré aurait

reçu, pendant l'année qui précède l'ouverture du droit à la rente, s'il n'avait pas été victime de l'accident ou de la maladie professionnelle, à condition toutefois que ce salaire soit plus élevé que celui qu'il touchait juste avant la survenance de l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle (art. 24 al. 2 OLAA).

Même si la rente naît cinq ans après l'accident, il faut se baser, pour déterminer le gain assuré, sur le rapport de travail qui existait au moment de l'événement accidentel assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 212/02 du 19 avril 2004 consid. 3.3). Selon la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 79/06 du 19 septembre 2006 consid. 4, résumé à la RSAS 2007 p. 179), dans le cas où la rente naît plus de cinq ans après l'accident, l'adaptation du gain assuré ne doit pas se faire concrètement selon l'évolution des salaires auprès du dernier employeur ni se fonder sur les données statistiques tous secteurs confondus. Il faut prendre en compte l'évolution des salaires nominaux dans le domaine d'activité antérieur. La règle de l'art. 24 al. 2 OLAA – dont notre Haute Cour a confirmé la conformité à la constitution et à la loi (consid. 3 non publié de l'ATF 127 V 456) – a pour seul objectif l'adaptation du gain assuré à l'évolution générale des salaires dans la branche d'activité antérieure, à l'exclusion toutefois d'autres changements intervenus dans les conditions de revenu après l'accident ou qui auraient pu intervenir si celui-ci n'avait pas eu lieu (cf. arrêt 8C_316/2010 du 6 août 2010; RSAS 2007 p. 179). Il s'agit avant tout de ne pas désavantager les assurés dont le droit à la rente naît plusieurs années après l'événement accidentel par rapport à ceux qui se voient octroyer la rente plus tôt quand une forte augmentation des salaires s'est produite dans l'intervalle (ATF 127 V 165 consid. 3b).

13. a. En l'espèce, c'est à tort que le recourant se prévaut de l'art. 24 al. 1 OLAA et soutient que son salaire a été réduit par suite de chômage. Il est en effet établi que, dans l'année de référence, courant du 5 juin 2011 au 4 juin 2012, les revenus que le recourant a effectivement réalisés dès le 2 mai 2012, date de son engagement, jusqu'au 5 juin 2012, date de l'accident, n'étaient nullement réduits du fait de sa période de chômage antérieure entre 2008 et 2009.

Le droit à la rente est né le 1^{er} juillet 2017, soit après l'échéance du délai de cinq ans dès l'accident au sens de l'art. 24 al. 2 OLAA, lequel, s'il est dépassé, permet de prendre en compte le salaire qui aurait été réalisé pendant l'année qui précède le droit à la rente.

Il ressort des renseignements recueillis auprès de l'ancien employeur que le salaire brut obtenu par le recourant durant les 34 derniers jours d'activité (du 2 mai au 5 juin 2012) s'élevait à CHF 711.- (18 heures travaillées en mai 2012, rémunérées à l'heure [CHF 26.- × 18 = CHF 468.-] + 9 heures travaillées en juin 2012, payées à l'heure [CHF 27.- × 9 = CHF 243.-]), soit un gain annuel de CHF 7'632.80 (= CHF 711.- / 34 × 365 jours), et non de CHF 7'628.50 comme retenu par l'intimée.

À ce dernier montant, l'intimée a ajouté la part du 13^{ème} salaire ainsi que celle des vacances et obtenu un gain assuré de CHF 9'143.25. Dans la mesure où les indemnités de vacances qui représentent 10,6 % du salaire de base, sont destinées à rémunérer les périodes de repos, elles ne doivent pas être reportées sur une durée de 365 jours, comme l'a fait l'intimée, car cela conduit à tenir compte deux fois de ces périodes, mais sur une durée de 326 jours ($365 - [10,6 \% \times 365]$). On obtient ainsi un gain annuel assuré de CHF 7'539.70 ($[CHF 468.- + 10,6 \%] + [CHF 243.- + 10,6 \%] = CHF 786.35.- / 34 \text{ jours} \times 326 = 7'539.70$). Aussi convient-il de reporter sur une durée de 365 jours le gain obtenu par le recourant durant les 34 jours d'activité sans tenir compte des indemnités de vacances, ce qui donne un gain assuré annuel de CHF 8'268.60 (13^{ème} salaire inclus) ($= 7'632.80 + 8,33 \%$) pour 2012 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_465/2015 du 20 avril 2016 consid. 6.2 et la référence citée).

En ce qui concerne le calcul du gain assuré pour l'année précédant le début du droit à la rente (soit la période du 1^{er} juillet 2016 au 30 juin 2017), il y a lieu d'adapter le montant de CHF 8'268.60 à l'indice des salaires nominaux établi par l'office fédéral de la statistique pour les hommes travaillant dans le domaine de la construction, l'indice de référence étant de 101,7 pour l'année 2012 et 102,9 pour l'année 2016. Il convient ensuite de tenir compte d'une augmentation de 0,4 % en fonction de l'évolution des salaires nominaux en 2017 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_542/2012 du 8 juillet 2013 consid. 6.3). Il en résulte un gain assuré de CHF 8'399.60 selon le calcul suivant : $8'268.60 \times 102,9 / 101,7 + 0,4 \%$.

Dans la mesure où la rente mensuelle du recourant s'élève en réalité à CHF 67.- ($8'399.60 \times 80 \% \times 12 \% / 12$), montant toutefois légèrement inférieur à celui fixé par l'intimée (CHF 74.-), la chambre de céans renonce, comme elle en a la faculté, à une *reformatio in pejus* (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 128/03 du 23 septembre 2004 consid. 6).

14. Partant, le recours, mal fondé, sera rejeté.
15. Quand bien même l'intimée obtient gain de cause, elle conclut à tort à l'octroi de dépens, dès lors qu'elle n'est pas représentée par un avocat indépendant.
16. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG).

**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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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