



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2925/2019

ATAS/438/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 5 juin 2020

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à ANNEMASSE, France, représenté
par le Syndicat UNIA

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

**Siégeant : Blaise PAGAN, Président; Anny FAVRE et Christine TARRIT-
DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant français d'origine tchèque né en 1963, au bénéfice d'une autorisation de travail pour frontalier, a travaillé en qualité d'installateur sanitaire pour une société de placement de personnel en Suisse dès 2011. À ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la Suva ou l'intimée).
2. Le 6 avril 2017, l'assuré a été victime d'un accident sur un chantier. Il a glissé sur une bâche de protection en plastique et est tombé sur l'épaule droite.
3. Les premiers soins ont été prodigués par le docteur B_____, médecin aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), qui a diagnostiqué un syndrome de la coiffe des rotateurs à droite, probablement post-traumatique. Une radiographie de l'épaule avait révélé une légère surélévation de la tête de l'humérus et une omarthrose débutante. Ce médecin a établi un arrêt de travail complet jusqu'au 14 avril 2017.
4. Par certificat du 14 avril 2017, la doctoresse C_____, médecin traitant de l'assuré, a établi un arrêt de travail jusqu'au 28 avril 2017, qu'elle a par la suite régulièrement prolongé jusqu'au 22 juin suivant.
5. Le 3 mai 2017, l'assuré a subi une échographie de l'épaule droite, laquelle a mis en évidence un tendon bicipital continu comportant une lame liquidienne au niveau de sa gaine, un tendon du sous-scapulaire normalement inséré sur le trochin, une rupture avec rétraction tendineuse du sus-épineux, une fissure avec minime clivage tendineux du sous-épineux et une bursite sous-acromio-deltaïdienne d'abondance moyenne.
6. Dans un rapport du 15 mai 2017, la Dresse C_____ a posé le diagnostic de chute traumatique de l'épaule droite et de rupture du tendon sus-épineux. Les douleurs et l'impotence fonctionnelle persistaient, et des investigations étaient en cours.
7. Le 16 mai 2017, l'assuré a subi une arthrographie de l'épaule, qui a révélé une rupture des tendons supra- et infra-épineux de la coiffe des rotateurs.
8. Dans un rapport du 8 juin 2017, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a diagnostiqué une rupture massive de la coiffe postéro-supérieure gauche (*recte* : droite). Il préconisait une réinsertion chirurgicale des tendons sus-épineux et infra-épineux. Il fallait s'attendre à une diminution de la force et des amplitudes.

Ce médecin a attesté une capacité de travail nulle. Il a par la suite régulièrement prolongé l'arrêt de travail de l'assuré.
9. Dans un rapport de juin 2017, le docteur E_____, chirurgien orthopédiste, a posé le diagnostic de rupture transfixiante de la coiffe des rotateurs de l'épaule, nécessitant une réinsertion arthroscopique.

10. Le 9 juin 2017, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement auprès de la Suva, a admis un lien de causalité entre l'intervention programmée et l'accident. Le pronostic était *a priori* bon.
11. Le 27 juin 2017, le Dr D_____ a pratiqué une arthroscopie de l'épaule droite de l'assuré, consistant en une suture du sous-scapulaire, du sus-épineux et de l'infra-épineux, une ténotomie du long chef du biceps et une acromioplastie antéro-latérale.
12. Le 13 septembre 2017, l'assuré a eu un entretien avec la Suva. Il a déclaré ne jamais avoir souffert de l'épaule droite avant son accident. Il portait un gilet orthopédique et avait des douleurs lors des mouvements et pendant le sommeil. L'amplitude était limitée et il ne pouvait porter des objets lourds. Il avait encore à sa charge sa fille cadette, qui avait eu 16 ans au mois d'août.
13. Dans un rapport du 25 septembre 2017, le Dr D_____ a décrit une évolution lentement favorable mais une épaule raide. La reprise du travail devait être réévaluée six mois après l'intervention. En l'absence d'évolution à ce moment, une reconversion professionnelle devrait être envisagée.
14. Dans un avis du 24 octobre 2017, le Dr F_____ a indiqué qu'un changement de travail serait probablement nécessaire.
15. Dans un rapport reçu le 8 novembre 2017, le Dr D_____ a confirmé l'évolution lentement favorable. L'assuré présentait une raideur de l'épaule, des faiblesses et des douleurs. Un changement de profession devrait probablement avoir lieu. L'état n'était pas stabilisé.
16. L'assuré a été licencié pour le 22 janvier 2018.
17. Le 8 janvier 2018, le Dr D_____ a mentionné une évolution lentement progressive. La force du bras était limitée et l'incapacité de travail perdurait. Une reconversion professionnelle était souhaitable.
18. Une IRM réalisée le 11 janvier 2018 a mis en évidence un status après suture de la coiffe avec un net amincissement des tendons supra- et infra-épineux, sièges de fissurations, dont une peut-être focalement transfixiante, avec amyotrophie et infiltration graisseuse de stade II du supra-épineux et de stade III de l'infra-épineux selon la classification de Goutallier ; une tendinopathie fissuraire du sub-scapulaire dans son secteur supérieur, sans récurrence de déchirure ; une ténotomie bicipitale ; une synovite et capsulite gléno-humérale ; une bursopathie sous-acromiale surajoutée et des remaniements arthrosiques acromio-claviculaires en poussée évolutive.
19. Dans un courrier du 11 janvier 2018 à la Dresse C_____, le Dr D_____ a fait état d'une évolution lentement favorable avec la physiothérapie. L'assuré restait passablement algique. Il estimait la fonction de son épaule à 65 %. Le score fonctionnel de l'épaule de Constant ajusté à l'âge était de 49 %. Si on pouvait

espérer une amélioration dans les trois à six mois, le Dr D_____ estimait néanmoins qu'une reprise de l'activité de plombier était difficilement envisageable.

20. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 6 au 23 mars 2018.

Dans leur rapport du 9 avril 2018, les docteurs G_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et H_____, médecin assistant, ont posé le diagnostic de rupture massive de la coiffe droite (sous-scapulaire, supra- et infra-épineux). L'assuré présentait les comorbidités suivantes : hypertension artérielle ; hyper-cholestérolémie ; diabète de type II non insulino-requérant ; obésité de grade II ; reflux gastro-œsophagien ; probable méralgie paresthésique droite et signes dégénératifs dorso-lombaires.

Après avoir décrit leurs constatations cliniques, les médecins ont noté qu'à l'arrivée, les plaintes et limitations fonctionnelles étaient des douleurs de la partie antérieure de l'épaule droite et de l'articulation acromio-claviculaire, avec irradiation postérieure. L'assuré rapportait que les douleurs augmentaient lorsqu'il portait des charges ou après une demi-heure de bricolage. Il mentionnait un déverrouillage matinal d'une dizaine de minutes. Il ressentait une pression car son épouse ne pouvait travailler en raison d'un accident vasculaire cérébral, et il était le seul à pourvoir aux besoins financiers de sa famille.

Les médecins ont notamment relevé que lors du status à l'entrée, le déshabillage était légèrement compliqué. L'assuré utilisait principalement, voire uniquement le côté gauche pour enlever son t-shirt.

Les médecins ont complété leurs constatations cliniques par l'analyse des documents radiologiques. Ils ont retenu que les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectivées. Des facteurs contextuels pourraient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles, notamment une catastrophisation, une kinésiophobie et une perception de handicap fonctionnel élevée. L'évolution subjective et objective était plutôt favorable. La participation de l'assuré aux thérapies avait été élevée, et aucune incohérence n'était notée.

Les limitations fonctionnelles suivantes étaient retenues : pas d'activités prolongées ou répétitives au-dessus du plan des épaules, pas d'activités prolongées ou répétitives avec le membre supérieur droit en porte-à-faux, pas de port de charges lourdes répétitives de plus de 10 à 15 kg du sol à la taille et de plus de 5 kg de la taille à la tête. La situation était pratiquement stabilisée. La poursuite de la physiothérapie permettrait de maintenir les acquis, voire d'améliorer la condition physique de l'assuré. La stabilisation était attendue dans un délai d'un à trois mois. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable, et ce très probablement pour une longue durée. Un changement professionnel était nécessaire. Dans une activité adaptée, le pronostic était favorable et on s'attendait à une pleine capacité de travail.

Une évaluation des capacités fonctionnelles a eu lieu le 26 mars 2018. Le résultat du questionnaire PACT (appréciation de ses propres capacités fonctionnelles par l'assuré) était de 112. Ce score correspondait à des activités exigeant un niveau d'effort sédentaire ou essentiellement assis. Les résultats révélèrent que l'assuré sous-estimait considérablement ses aptitudes fonctionnelles. La physiothérapeute a décrit une auto-limitation en raison de l'augmentation des douleurs pour le lever de charges de la taille à la hauteur de la tête et dans le port de charges avec la main droite, possibles uniquement jusqu'à 2.5 kg, ainsi que dans le travail au-dessus de la tête. La volonté de donner le maximum aux différents tests était réelle. La connaissance des techniques de travail ergonomique était bonne. Une décharge du membre supérieur droit, des frottements et soutiens de l'épaule droite, des mimiques douloureuses et des plaintes fréquentes étaient observés. L'assuré disait avoir bénéficié des thérapies et amélioré ses capacités physiques.

Une évaluation aux ateliers professionnels a également eu lieu. Dans l'activité « Caisse à boulons », consistant à visser une série de 72 écrous dans un cube en bois, l'intégration des membres supérieurs ne se faisait pas convenablement. L'assuré ne parvenait que partiellement à utiliser son bras droit. L'activité avait été achevée, mais non sans mal. L'assuré avait travaillé durant plus d'une heure en appliquant les consignes correctement. La norme était de 27 minutes pour le montage et 18 minutes pour le démontage. Dans l'activité « Photopearls », de dextérité fine, réalisée de manière mono- ou bi-manuelle, qui exigeait une certaine concentration et consistait à disposer 900 perles de couleurs différentes sur une grille à picots selon un plan précis, l'assuré avait travaillé durant quatre heures consécutives avec une pause de quinze minutes. Il signalait des douleurs au niveau de son membre supérieur droit. Il effectuait de petites pauses pour se soulager. L'activité avait été achevée avec des erreurs. L'assuré avait accompli l'activité d'inventaire, consistant à répertorier 145 objets photographiés sur une étagère, en 01h25 alors que la norme était de 60 minutes. Il avait commis dix erreurs, soit la marge admise. L'assuré s'était pleinement investi durant les activités.

L'assuré avait compris qu'un changement professionnel était nécessaire. Le contexte personnel était peu favorable, la situation de son épouse l'inquiétait et ne lui permettait actuellement pas de se projeter dans une activité adaptée, malgré sa bonne volonté.

Lors de la consultation du 9 mars 2018 du docteur , spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, toutes les manœuvres étaient douloureuses mais l'examen clinique était rassurant. L'assuré présentait un status post-réparation d'une lésion massive de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Actuellement, la douleur était au premier plan. Il fallait poursuivre la physiothérapie. Le chirurgien se disait très sceptique sur la guérison de la lésion au vu de son importance. La reprise d'une activité lourde telle que celle d'installateur sanitaire semblait illusoire. Une réorientation professionnelle rapide était vivement recommandée.

Une radiographie du dos réalisée le 8 mars 2018 a révélé une dorsarthrose avec coulée ostéophytaire droite et une omarthrose modérée avec ostéophytes prédominant au niveau L2-L3.

21. Le 7 mai 2018, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) a octroyé à l'assuré une formation de responsable d'immeuble, comprenant des volets de nettoyage, jardinage et sécurité de sites immobiliers.
22. Le 14 mai 2018, le Dr F_____ a examiné l'assuré. Ce dernier se plaignait encore de douleurs, particulièrement lors des activités physiques. Le port de charges était difficile, il était obligé d'utiliser de plus en plus le côté gauche et constatait une diminution de sa force, surtout lorsqu'il essayait de récupérer des objets lourds avec son bras droit. Il avait parfois l'impression de craquements. Il se disait limité dans le port de charges de plus de 5 kg. Sa mobilité était aussi limitée. Il avait des troubles du sommeil, qu'il imputait d'une part à la douleur, et d'autre part à l'angoisse par rapport à son devenir professionnel. Le diagnostic était celui de status après rupture de la coiffe des rotateurs opérée en juin 2017. La situation semblait suffisamment stabilisée pour un bilan final. L'épaule droite présentait une limitation importante justifiant une modification de son activité professionnelle. Le Dr F_____ se ralliait aux conclusions des médecins de la CRR. Il était souhaitable de poursuivre la prise en charge médicale pendant les deux années suivantes, afin de favoriser le retour à une activité professionnelle.
23. À la même date, le Dr F_____ a estimé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 5 %, se fondant sur la table 1 d'indemnisation de la Suva. Il retenait une épaule mobile jusqu'à 30 % au-dessus de l'horizontale, ce qui correspondait à une indemnité de 10 %. Compte tenu de l'amyotrophie constatée à l'IRM, qui confirmait un état antérieur pathologique, une déduction de 50 % était proposée.
24. Le 22 mai 2018, la Suva a informé l'assuré qu'elle mettrait fin au versement des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical le 5 novembre 2018. Le droit à la rente serait examiné à cette date.
25. Par certificat du 20 juillet 2018, le Dr D_____ a attesté une reprise du travail à 60 % dès le 1^{er} septembre 2018.
26. Le 6 août 2018, le Dr D_____ a indiqué à la Dresse C_____ que le traitement de réhabilitation était terminé. Bien qu'une reprise comme installateur sanitaire fût difficilement envisageable, l'assuré avait tout de même noté une évolution favorable ces derniers mois. Il poursuivait sa formation en tant que concierge mais souhaitait tout de même tenter une reprise dans son ancienne profession à partir du mois de septembre. Le score fonctionnel subjectif de son épaule était de 70 %, et le score de Constant ajusté à l'âge de 75 %. Au vu de l'amélioration clinique, le chirurgien pensait qu'une reprise en tant qu'installateur sanitaire pouvait être tentée dès le mois de septembre, ce qui n'empêcherait pas la reconversion professionnelle en tant que concierge à partir du mois de novembre. L'assuré était conscient qu'il gardait une épaule fragile et agirait en conséquence.

27. Lors d'un entretien avec la Suva en date du 10 août 2018, l'assuré a exposé ses craintes de se retrouver au chômage à l'issue du stage octroyé par l'OAI. Compte tenu de son âge, de son inexpérience dans cette nouvelle activité et de son statut de frontalier, les chances de trouver un poste de responsable d'immeuble étaient minces. Il avait pris les devants et envoyé de nombreuses offres d'emploi, et ces problèmes étaient ressortis dans les réponses reçues. Il se trouvait aujourd'hui face à un dilemme : poursuivre la formation octroyée par l'OAI ou reprendre son ancienne activité de plombier, que son médecin traitant n'interdisait pas, tout en le rendant attentif à ses limitations. L'assuré avait pour objectif de travailler encore 10 ans. Son ancien patron souhaiterait l'engager pour le mois de septembre.

La Suva lui a indiqué qu'en cas d'aggravation de son état de santé consécutive à la reprise de l'activité de plombier, elle se fonderait sur l'exigibilité fixée par la CRR en mars 2018 et non sur l'état de santé aggravé.

Il a été convenu que l'assuré ferait part de sa décision à la Suva à fin août.

28. Le 27 août 2018, l'assuré a informé la Suva lors d'un entretien téléphonique qu'il ne lui était finalement pas possible de reprendre son ancienne activité. En effet, les entreprises voulaient un plombier à plein temps, et il ne pouvait prendre le risque de reprendre son activité antérieure à ce taux. Il poursuivait ainsi les mesures de reconversion.

29. Le 21 novembre 2018, l'assuré a obtenu un certificat de formation continue en tant que responsable d'immeuble après avoir réussi les examens sanctionnant cette formation.

30. Du 5 novembre 2018 au 3 mai 2019, l'assuré a été placé en tant qu'agent d'exploitation stagiaire au sein du foyer J_____ de K_____. Ses tâches consistaient en plomberie, électricité, nettoyage, jardinage, peinture, menuiserie, et transport pour le service restaurant.

Dans le rapport de stage, l'assuré a obtenu la note « Très satisfaisant » à l'ensemble des critères. Les responsables ont indiqué que son travail avait fait l'objet d'une appréciation très positive. Ils pouvaient le recommander pour un poste stable. Il restait une limitation dans le port de charges lourdes.

31. Selon les informations reçues de l'ancien employeur de l'assuré en mars 2019, ce dernier aurait perçu cette année un salaire de CHF 66'921.95, soit CHF 29.70 par heure, multiplié par 40 heures par semaine et 52 semaines par an, plus une indemnité pour 13^{ème} salaire de 8.33 %.

32. Le 7 mai 2019, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité de l'assuré. Il a fixé le revenu avec invalidité en se fondant sur le revenu statistique tiré d'une activité de niveau 3 pour un homme selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) 2016 (TA1_tirage_skill_level, Ligne 811000), soit CHF 6'590.-. Après indexation à 2017 et adaptation à la durée normale de travail de 41.7 heures, ce revenu était de CHF 82'809.- par an, et de CHF 74'528.- après abattement de 10 %.

Le revenu avant invalidité était inférieur, de sorte que l'assuré ne subissait aucune perte de gain.

33. Le 12 juin 2019, la Suva a à son tour calculé le degré d'invalidité du recourant. Se fondant sur l'ESS 2016, elle a retenu un revenu après invalidité de CHF 64'080.- par an correspondant à des tâches simples et répétitives pour un homme dans tous les secteurs de production. Après indexation à 2019 selon une évolution de 0.5 % par rapport à l'année précédente et adaptation à la durée normale de travail de 41.7 heures, le revenu s'élevait à CHF 67'743.-, et à CHF 64'355.85 après abattement de 5 %. La perte de gain après comparaison avec le revenu sans invalidité, soit CHF 66'921.95 selon l'employeur, était de 4 %.
34. Par décision du 13 juin 2019, la Suva a retenu que l'assuré serait à même d'exercer une activité dans différents secteurs de l'économie à condition d'éviter les activités prolongées ou répétitives avec le membre supérieur droit en porte-à-faux et au-dessus du plan des épaules, ainsi que le port répétitif de charges lourdes de plus de 10-15 kg du sol à la taille et de 5 kg de la taille à la tête. Une telle activité permettrait de réaliser en 2019 un revenu statistique de CHF 64'355.85, après abattement de 5 %. Comparé au revenu sans accident de CHF 66'921.95, il en résultait une perte de gain de 4 %. Ainsi, une rente ne pouvait être allouée. La Suva a par ailleurs octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 % à l'assuré.
35. L'assuré s'est opposé à la décision de la Suva le 20 juin 2019.

Il a critiqué l'abattement de 5 % appliqué au salaire d'invalidé, non conforme à la jurisprudence. Il n'était au bénéfice d'aucune formation. Il avait bien suivi une mesure de l'OAI dans le domaine de la conciergerie, mais elle n'était sanctionnée par aucun titre. De langue maternelle tchèque, il parvenait à se faire comprendre en français mais ne pourrait s'occuper de tâches administratives, même très simples. Ses limitations fonctionnelles représentaient un désavantage très sérieux sur le marché de l'emploi, à l'instar de son âge. Il y avait ainsi lieu de retenir un abattement de 15 %, ce qui correspondait à un revenu avec invalidité de CHF 57'581.55 et, partant, à un taux d'invalidité de 14 %. Il y avait ainsi lieu d'annuler la décision et de lui octroyer une rente.

36. Par décision du 2 juillet 2019, la Suva a écarté l'opposition. Un abattement d'au maximum 25 % sur le salaire d'invalidé ne se justifiait que lorsqu'il existait des indices selon lesquels l'assuré ne pourrait mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne. Par ailleurs, il n'y avait pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances. L'assuré était à même d'exercer à plein temps et avec un plein rendement toutes sortes d'activités ne sollicitant pas le membre supérieur droit. Ainsi, l'abattement de 5 % était justifié. Même un abattement de 10 % n'ouvrirait pas le droit à la rente d'invalidité, car la perte de gain s'élèverait à

8.9 %. L'âge n'était pas un facteur de réduction selon la jurisprudence. D'éventuels problèmes linguistiques ne jouaient aucun rôle pour les travailleurs non qualifiés, et l'assuré n'avait jamais requis d'interprète. La décision était ainsi confirmée.

37. Par décision du 2 août 2019, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente et à des mesures professionnelles, son degré d'invalidité étant nul.
38. L'assuré a interjeté recours contre la décision de la Suva le 15 août 2019. Il a conclu, sous suite de dépens, préalablement à la mise en œuvre d'une expertise déterminant ses limitations fonctionnelles, principalement à ce que le caractère contradictoire des observations médicales fondant la décision de l'intimée soit constaté ; à ce qu'il soit constaté que l'intimée n'avait pas pris en compte l'ensemble des critères admissibles dans la fixation du taux d'abattement ; à ce qu'il soit dit qu'un taux d'abattement de 15 % au moins devait être retenu ; à ce qu'il soit dit qu'un droit à une rente d'invalidité devait être ouvert au sens de la loi ; subsidiairement à ce qu'il soit constaté qu'aucune diminution de rendement n'avait été retenue dans la fixation du taux d'incapacité de gain ; cela fait, à ce qu'il soit dit qu'une diminution de rendement aurait dû être retenue dans le calcul du taux d'incapacité de gain.

Le recourant a soutenu que l'intimée s'était uniquement fondée sur les limitations fonctionnelles décrites par la CRR, qui différaient sensiblement des conclusions prises par cette dernière. En effet, lors des activités « Caisse à boulons » et « Photopearls », le recourant ne parvenait que difficilement à accomplir des travaux ne nécessitant pourtant aucune force, et cet élément devait être pris en considération. En outre, la CRR avait relevé que l'activité consistant à lever une charge de la taille à hauteur de tête n'avait pu être réalisée en raison des douleurs, constat qui n'avait pas été pris en compte. Le recourant n'était pas parvenu à soulever un poids de 2.5 kg avec la main droite en raison de l'augmentation de la douleur, ni à articuler son bras droit au-dessus du niveau de la tête. Ces constatations allaient à l'encontre des limitations fonctionnelles retenues par la CRR. Les médecins avaient également observé qu'il ne pouvait utiliser presque que le côté gauche pour enlever son T-shirt, illustrant ainsi une limitation fonctionnelle bien plus importante que celle retenue par l'intimée. La capacité à œuvrer jusqu'à 4 heures consécutives dans une activité légère relevée par la CRR démontrait l'étendue des séquelles de son accident. La CRR avait également noté une augmentation de la douleur après une trentaine de minutes de bricolage. Cette évaluation était en contradiction avec les conclusions de l'intimée. Aucun facteur autre que les limitations fonctionnelles n'avait été pris en considération dans la fixation du taux d'abattement, malgré les arguments du recourant. Les comorbidités relevées par la CRR n'avaient pas été appréciées par l'intimée, qui n'avait pas non plus tenu compte du fait qu'il avait la charge de l'éducation de ses trois enfants. Le taux de l'abattement devait ainsi être fixé à 15 %. Il a reproché à l'intimée de ne pas avoir examiné son cas dans sa globalité. Son âge, sa situation socio-professionnelle et administrative, son état de santé général ainsi que les limitations fonctionnelles

devaient être considérés comme un ensemble de circonstances largement défavorables, dont l'abattement de 5 % ne tenait pas compte. Un abattement de 15 % était conforme à la jurisprudence.

39. Dans sa réponse du 11 octobre 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Contrairement à l'opinion du recourant, les limitations fonctionnelle retenues par les médecins de la CRR n'étaient pas en contradiction avec les observations faites aux ateliers professionnels. Les médecins de la CRR - à l'instar du Dr F_____ - avaient fait état des douleurs du recourant, lesquelles ne l'avaient d'ailleurs pas empêché d'achever les activités organisées par les ateliers professionnels. L'impossibilité de lever une charge au-dessus de la tête et lever de la taille à la tête résultaient d'une auto-limitation.

L'intimée avait en outre bien procédé à une appréciation globale des critères d'abattement. Dans ce contexte, elle a notamment allégué que le bas niveau des qualifications professionnelles ne constituait pas un motif de déduction du revenu statistique pour les activités simples et répétitives. En outre, des connaissances linguistiques limitées étaient un facteur étranger à l'invalidité, et les activités simples et répétitives correspondant au niveau 1 de l'ESS ne supposaient par définition pas de bonnes connaissances linguistiques. L'âge du recourant était du reste éloigné de celui à partir duquel on devait considérer qu'il n'existait plus de possibilité réaliste d'exploiter la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail équilibré. La nationalité n'était pas une entrave à l'engagement, et le recourant avait pu travailler avant la survenance de l'accident. Ainsi, seules les limitations fonctionnelles, ayant uniquement trait au membre supérieur droit, entraient en considération dans le cadre de l'abattement, et elles ne justifiaient pas une déduction du salaire statistique supérieure à 5 %.

40. Le recourant n'ayant pas déposé de réplique dans le délai prolongé à cet effet au 14 novembre 2019, 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. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).

Les conclusions du recourant tendant à la constatation de certains points ne sont en revanche pas recevables, dès lors que de telles conclusions ne sont admissibles que s'il existe un intérêt juridique ou de fait digne de protection à ce qu'elles soient

accordées, qui ne peut être pleinement sauvegardé par une conclusion formatrice (arrêt du Tribunal fédéral 9C_105/2016 du 5 avril 2016 consid. 1.1). En l'espèce, ces conclusions n'ont quoi qu'il en soit qu'un caractère préparatoire par rapport aux conclusions condamnatoires prises par le recourant.

3. Le litige, tel que circonscrit par la décision sur opposition et les conclusions du recours, porte sur le droit à la rente du recourant, plus particulièrement le taux d'abattement appliqué sur le revenu d'invalidé.
4. L'assurance-accidents est en règle générale tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA).

La responsabilité de l'assureur-accident 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).

5. 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). 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).

À teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par « une sensible amélioration de l'état de l'assuré ». Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se déterminera notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme « sensible » par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minime que l'on peut attendre

d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2).

6. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).

b. 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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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 125 V 351 consid. 3 ; ATF 122 V 157 consid. 1c).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

7. L'art. 16 LPGA prévoit que, 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. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a).

L'évaluation de l'invalidité s'effectue à l'aune d'un marché équilibré du travail. Cette notion, théorique et abstraite, sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-accidents. Elle présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre d'une part et un marché du travail structuré permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des sollicitations intellectuelles que physiques d'autre part (ATF 110 V 273 consid. 4b). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé, puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance de l'invalidité (art. 7 et 8 LPGA), et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et les références).

Le revenu sans invalidité se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS éditées par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide ; par exemple, lorsqu'avant

d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3).

Pour déterminer le revenu d'invalidé de l'assuré, il faut en l'absence d'un revenu effectivement réalisé se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b).

Le Tribunal fédéral a à plusieurs reprises admis que le revenu d'invalidé soit fixé en référence au revenu tiré d'activités simples et répétitives (niveau 4 jusqu'à l'ESS 2010 et niveau 1 dès l'ESS 2012), même dans le cas d'activités monomanuelles légères (arrêts du Tribunal fédéral 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.3 et 8C_670/2015 du 12 février 2016 consid. 4.3). En effet, cette valeur statistique s'applique à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers (arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2015 du 23 février 2016 consid. 3.1). Selon la jurisprudence, l'exercice d'une activité non qualifiée exclusivement monomanuelle n'est pas considéré comme irréaliste sur un marché équilibré du travail (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.3 et 8C_670/2015 du 12 février 2016 consid. 4.3).

8. 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 réaliser 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'abattement ne peut résulter de déductions distinctes pour des facteurs séparés à prendre en considération. Une telle fragmentation n'est pas compatible avec une évaluation globale des effets des empêchements sur le revenu d'invalidé qui suppose un examen des facteurs considérés dans leur ensemble et non pas une addition schématique de pourcentages (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2011 du 30 avril 2012 consid. 4.2.2). Il n'est pas justifié de quantifier séparément chacun des facteurs de réduction entrant en ligne de compte et de les additionner, car on perdrait ainsi de vue les effets réciproques (ATF 126 V 75 consid. 5b/bb).

Savoir s'il y a lieu de procéder à un abattement sur le salaire statistique en raison de circonstances particulières liées au handicap de la personne ou d'autres facteurs est une question de droit. L'étendue de l'abattement du salaire statistique dans un cas concret constitue en revanche une question relevant du pouvoir d'appréciation (arrêt

du Tribunal fédéral 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 5.2). Il y a excès ou abus du pouvoir d'appréciation si l'autorité cantonale a retenu des critères inappropriés, n'a pas tenu compte de circonstances pertinentes, n'a pas procédé à un examen complet des circonstances pertinentes ou n'a pas usé de critères objectifs (ATF 130 III 176 consid. 1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_847/2018 du 2 avril 2019 consid. 6.2.3).

Les tribunaux cantonaux des assurances au sens de l'art. 57 LPGA, qui constituent l'autorité de recours ordinaire dans la très grande majorité des cas relevant des assurances sociales, doivent disposer d'un pouvoir d'examen identique à celui du Tribunal administratif fédéral, et ce notamment au regard du principe constitutionnel de l'égalité de traitement de tous les assurés. Cela s'impose d'autant plus que le domaine des assurances sociales comprend de nombreuses situations - dont l'abattement sur le revenu d'invalidé en matière d'assurance-invalidité constitue un exemple flagrant - dans lesquelles l'administration dispose d'une marge d'appréciation importante, dont l'application doit pouvoir être contrôlée par l'autorité de recours de première instance (ATF 137 V 71 consid. 5.2). Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est ainsi pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative (« *Angemessenheitskontrolle* »). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a adoptée dans un cas concret 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. À cet égard, le juge des assurances sociales ne peut sans motif pertinent substituer sa propre appréciation à celle de l'administration. Il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (arrêts du Tribunal fédéral 9C_690/2016 du 27 avril 2017 consid. 3.2 et 9C_855/2014 du 7 août 2015 consid. 4.2 et 4.3). Ainsi, lorsque la juridiction cantonale examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, elle doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'OAI et voir si un abattement plus ou moins élevé serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (arrêt du Tribunal fédéral 9C_637/2014 du 6 mai 2015 consid. 4.2).

9. On peut rappeler les principes suivants s'agissant des différents facteurs devant être pris en considération dans la fixation de l'abattement.

Le manque de formation n'est pas déterminant dès lors qu'il s'agit d'un facteur étranger à l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_474/2010 du 11 avril 2011 consid. 3.2). Des connaissances linguistiques limitées sont également un facteur étranger à l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_344/2015 du 25 novembre 2015 consid. 2.3). En outre, les activités simples et répétitives

correspondant aux niveaux 4 jusqu'à l'ESS 2010 et au niveau 1 dès l'ESS 2012 ne supposent par définition pas de bonnes connaissances linguistiques (arrêt du Tribunal fédéral 9C_426/2014 du 18 août 2014 consid. 4.2).

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

S'agissant du critère des années de service, il a pour but de tenir compte du fait qu'une personne qui débute dans une entreprise ne réalise en général pas un salaire moyen (Ulrich MEYER / Marc REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3^{ème} éd. 2014, n. 108 ad art. 28a). À titre d'exemple, le Tribunal fédéral a retenu que ce facteur justifiait une déduction de 5 % dans le cas d'une assurée âgée de 46 ans (arrêt du Tribunal fédéral 9C_160/2014 du 30 juin 2014 consid. 5.3). Toutefois, les années de service ne constituent pas le seul critère de fixation du salaire dans une nouvelle profession, l'expérience acquise lors des précédentes activités professionnelles a une influence tout aussi importante. En outre, l'incidence des années de service est moins élevée lorsque le profil d'exigences est bas. Ce paramètre n'est pas pertinent s'agissant des activités de niveau 1 (ou 4 avant 2012) de l'ESS (arrêt du Tribunal fédéral 9C_874/2014 du 2 septembre 2015 consid. 3.3.2 et les références).

En ce qui concerne l'autorisation de travail, notre Haute Cour a rappelé qu'un assuré de nationalité française résidant en France a le droit d'exercer une activité économique en Suisse et ne peut être traité différemment des travailleurs suisses en raison de sa nationalité, notamment en matière de rémunération, conformément au droit international et en particulier à l'art. 9 par. 1 de l'annexe I à l'Accord entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses États membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (ALCP – RS 0.142.112.681). Ainsi, un assuré français résidant en France ne subit pas d'emblée un désavantage par rapport à un travailleur suisse du fait de sa nationalité et de sa qualité de frontalier. Dès lors, une déduction sur le salaire statistique n'est pas justifiée (arrêt du Tribunal fédéral 8C_610/2017 du 3 avril 2018 consid. 4.4).

Le Tribunal fédéral n'a jusqu'ici pas tranché le point de savoir si, en matière d'assurance-accidents, l'âge constitue un critère d'abattement ou si son influence 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 (OLAA – RS 832.202) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.2). Il a cependant relevé, s'agissant d'un assuré âgé de 56 ans au moment de l'ouverture du droit à la rente, que les conditions pour une déduction liée à l'âge n'étaient en toute hypothèse pas remplies

(arrêt du Tribunal fédéral 8C_878/2018 du 21 août 2019 consid. 5.3.1 et les références).

En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2013 du 22 août 2013 consid. 5.3).

Dans le cas d'un peintre en bâtiment s'étant cassé les deux poignets, ne pouvant reprendre une activité manuelle nécessitant l'usage en force et répétitif des deux poignets mais à même de travailler à plein temps dans toute activité légère, de service administratif, de vente au détail sans manipulation répétitive ou dans une activité de type transport de personnes avec un véhicule automatique, âgé de 54 ans, le Tribunal fédéral a confirmé l'abattement de 15 % appliqué par l'assurance-invalidité pour tenir compte à la fois de l'âge et des limitations fonctionnelles (arrêt du Tribunal fédéral 8C_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 6.2.2). Il a également confirmé la réduction de 15 % sur le revenu d'invalidité par l'OAI dans le cas d'un assuré âgé de 59 ans, qui disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité sans mouvement répétitif ou d'effort du membre supérieur droit (arrêt du Tribunal fédéral 9C_839/2017 du 24 avril 2018 consid. 6.3). S'agissant d'un assuré présentant des limitations fonctionnelles découlant d'une atteinte à l'épaule et à la cheville, l'abattement de 10 %, justifié uniquement par dites limitations, a également été confirmé (ATF 137 V 71 consid. 5.3).

10. En l'espèce, en ce qui concerne l'activité exigible retenue par l'intimée, on relève en premier lieu que le recourant ne conteste pas la capacité de travail complète dans une activité adaptée que lui ont reconnue les médecins de la CRR.

Il n'existe du reste aucun élément justifiant que l'on s'en écarte, les médecins traitants n'ayant pas émis de conclusions remettant en cause cette appréciation.

S'agissant en revanche de la nature de cette activité, le recourant croit voir plusieurs discrédances entre les constatations des ateliers professionnels et les limitations retenues par les médecins de la CRR.

À ce sujet, il convient de noter que les activités « Inventaire » et « Photopearls » réalisées lors de l'évaluation dans les ateliers professionnels sont légères et adaptées à l'atteinte du recourant. Les difficultés qu'il y a rencontrées ne peuvent dès lors pas s'expliquer par les atteintes résultant de l'accident, si bien qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte. Quant à l'activité « Caisse à boulons », sa description suscite certes quelques doutes sur sa compatibilité avec les limitations résultant de l'atteinte à l'épaule du recourant, puisqu'elle semble impliquer des mouvements répétitifs du membre supérieur droit. Cependant, dès lors que les médecins ont

notamment exclu les activités répétitives avec le membre supérieur droit en porte-à-faux, on ne peut leur reprocher de ne pas avoir tenu compte des problèmes que le recourant éprouve à mobiliser son épaule. Ils ont également limité le port de charges du sol à la taille et de la taille à la tête en fonction de l'atteinte objectivement constatée. Ainsi, les douleurs et la mobilité restreinte du recourant ont bien été prises en compte dans la mesure objectivement justifiée par l'atteinte, étant rappelé que dans ce cadre, c'est l'appréciation des médecins qui prévaut, et non la faculté subjective du recourant, qui découle selon la physiothérapeute de la CRR partiellement d'une auto-limitation. De plus, les douleurs rapportées après trente minutes de bricolage et durant le port de charges sont décrites non pas lors de l'examen des médecins, mais dans le cadre des plaintes du recourant, si bien qu'il ne s'agit pas d'observations cliniques objectivées. Quant à la capacité à travailler quatre heures dans les ateliers professionnels relatée dans le rapport de la CRR, elle correspond simplement à la durée d'observation, et non à une restriction temporelle de la capacité de travail du recourant.

On soulignera par ailleurs que s'agissant des limitations fonctionnelles, les médecins traitants n'ont pas non plus pris de conclusions divergentes par rapport à celles de la CRR. En particulier, le Dr D_____ ne s'est pas prononcé de manière détaillée à ce sujet. Cependant, dans la mesure où il admet une capacité de travail partielle dans l'activité antérieure du recourant, son appréciation des limitations fonctionnelles paraît moins restrictive que celle des Drs G_____, H_____ et F_____, qui ont définitivement exclu la reprise de cette activité.

On doit du reste relever que l'assuré a pu mener à bien les activités durant le stage accompli au sein de K_____ sans difficultés particulières, et son travail et son engagement y ont d'ailleurs fait l'objet d'éloges. La réserve liée au port de charges lourdes n'est pas un élément nouveau, cette limitation étant admise par les Drs G_____ et H_____.

Compte tenu de ces éléments, les critiques du recourant quant aux limitations fonctionnelles retenues par l'intimée ne résistent pas à l'examen, et c'est à juste titre que cette dernière a fondé le calcul du degré d'invalidité du recourant sur une pleine capacité de travail sans diminution de rendement dans une activité adaptée.

Dès lors que le rapport des médecins de la CRR doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, la chambre de céans ne donnera pas suite à la requête d'expertise du recourant, par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1).

11. Il y a lieu à présent d'examiner le calcul du degré d'invalidité auquel a procédé l'intimée.

En préambule, on notera que si 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), l'assurance-accidents n'est notamment pas liée par l'appréciation de l'assurance-invalidité lorsque

celle-ci n'a pas fait l'objet d'une décision entrée en force (cf. arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 406/01 du 28 novembre 2002 consid. 1.2 et U 259/00 du 16 mars 2001 consid. 5b).

L'intimée n'avait ainsi pas à suivre le calcul de l'OAI, dont la décision est postérieure à la sienne.

Le recourant critique le calcul du degré d'invalidité auquel a procédé l'intimée, et en particulier l'abattement appliqué au revenu d'invalidité.

Or, il n'existe dans le cas d'espèce pas d'autres facteurs de réduction que celui lié aux limitations fonctionnelles, au regard des arrêts cités ci-dessus. En effet, le recourant n'a pas atteint un âge avancé au sens de la jurisprudence rendue en matière d'assurance-accidents, de sorte que la question d'un abattement à ce titre peut rester ouverte. Le statut de frontalier ne doit pas non plus conduire à une déduction, conformément à la jurisprudence citée. Quant au critère linguistique, le recourant maîtrise le français. Il s'agit de plus d'un facteur étranger à l'invalidité. C'est également en vain que le recourant invoque sa situation familiale et ses obligations éducatives. En premier lieu, ce critère n'est pas pertinent en matière de réduction des salaires statistiques. En outre, la fille cadette du recourant est devenue majeure en août 2019, si bien qu'on voit mal en quoi cet élément, fût-il pertinent, pourrait influencer à la baisse le revenu du recourant.

Cela étant, l'abattement de 5 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles apparaît pour le moins sévère eu égard à la casuistique rappelée ci-dessus. Pour des motifs d'égalité de traitement entre assurés, une déduction de 10 % paraît appropriée.

Cela étant, même une déduction d'une telle quotité ne suffit pas à ouvrir le droit à la rente, comme le révèle le calcul suivant.

Le revenu sans invalidité retenu par l'intimée, soit CHF 66'921.95, correspond au montant communiqué par l'employeur en mars 2019, et il n'y a pas de motif de s'en écarter.

Quant au revenu après invalidité, c'est à juste titre que l'intimée l'a fondé sur le salaire statistique tiré des activités simples et répétitives, tous secteurs confondus, soit la ligne Total du TA_1_skill_level de l'ESS 2016. En effet, comme cela ressort de la jurisprudence citée, cette valeur s'applique même lorsque seules des activités monomanuelles – soit bien plus restreintes que celles que le recourant est à même d'exercer – sont possibles. Il s'agit ainsi de CHF 5'340.- par mois, soit CHF 64'080.- par an.

En ce qui concerne l'évolution des salaires et la durée normale de travail, les chiffres pour 2019 n'ont pas encore été publiés par l'Office fédéral de la statistique. Toutefois, même en s'en tenant à l'évolution nominale des salaires jusqu'en 2018 seulement – ce qui s'avère favorable au recourant – et en extrapolant ce revenu à la

durée normale de travail de 41.7 heures, stable depuis 2012, le revenu avec invalidité est de CHF 67'406.-.

La comparaison des revenus aboutit ainsi à une perte de gain de 9.35 %, qu'il y a lieu d'arrondir au pourcent inférieur selon les règles mathématiques (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

Ce taux reste insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

La décision de l'intimée doit ainsi être confirmée dans son résultat.

12. Le recours est rejeté.

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

* * * * *

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. 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

Le président

Marie NIERMARÉCHAL

Blaise PAGAN

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