



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3235/2019

ATAS/496/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 juin 2020

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à BERNEX, représenté par
CARITAS GENEVE

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Christine WEBER-FUX et Yda ARCE,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le _____ 1957, originaire du Portugal, titulaire d'une autorisation d'établissement C, est entré en Suisse le 24 février 2003. Il est veuf depuis le 15 mai 2014 et père de deux enfants nés en 1987 et 2015.
2. Il a exercé la profession de plâtrier à 100 % auprès de l'entreprise B_____ SA dès le 20 janvier 2003 et était assuré à ce titre auprès de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : la SUVA) contre le risque accidents et auprès de la Caisse maladie CMBB-SKBH-Groupe-Mutuel (ci-après : CMBB) par le biais d'un contrat collectif perte de gain conclu par son employeur.
3. Le 5 août 2005, l'assuré a heurté son talon droit contre l'angle d'un trottoir après avoir trébuché en descendant d'un bus. La SUVA a pris le cas en charge.
4. Le 22 novembre 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une atteinte au talon droit.
5. B_____ SA a rempli le 11 décembre 2006 le questionnaire AI pour l'employeur, en mentionnant un salaire horaire dès le 1^{er} janvier 2006 de CHF 28.25 ; elle a fourni le « compte individuel du salaire » de l'assuré pour 2004 et 2005 selon lequel, le salaire horaire était de CHF 27.60 en 2004 et de CHF 27.90 en 2005. Il avait perçu un revenu brut annuel en 2004 de CHF 69'298.25 et depuis janvier jusqu'à l'incapacité de travail totale d'août 2005, de CHF 32'219.40.
6. Par décision du 23 février 2007, la SUVA a cessé le versement de l'indemnité journalière au 18 mars 2007, considérant que l'accident ne jouait plus aucun rôle dans les troubles alors encore présentés.
7. Dès le 18 mars 2007, l'assuré a bénéficié d'indemnités journalières de la CMBB.
8. Par décision du 7 août 2007, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} août 2006 au 30 juin 2007.
9. Le 31 août 2007, l'assuré a recouru (cause A/3328/2007) à l'encontre de la décision de l'OAI du 7 août 2007 auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (actuellement : chambre des assurances sociales de la Cour de justice) en concluant à la réouverture de son dossier et à la mise sur pied d'une expertise médicale ainsi qu'à la saisie du service de réadaptation de l'AI.
10. Le 15 novembre 2007, l'assuré a repris une activité professionnelle à 50 %.
11. Le 6 février 2008, la CMBB a informé le recourant qu'elle cessait le versement de l'indemnité journalière car, selon son médecin-conseil, il ne subsistait aucune atteinte à la santé médicalement décelable à même de provoquer une perte de son aptitude à travailler dans sa profession.
12. Le 22 février 2008, B_____ SA a informé le recourant que sa rentabilité comme plâtrier n'atteignait pas le 10 % des 50 % de son activité de sorte qu'il devait envisager une réadaptation professionnelle.

13. Le 28 avril 2008, le Tribunal cantonal des assurances sociales a entendu les parties en audience de comparution personnelle. Le recourant a déclaré qu'il travaillait toujours à 50 % comme plâtrier, soit depuis novembre 2007 et que lorsqu'il travaillait trois heures consécutivement il avait d'importantes douleurs. Il estimait ne pas pouvoir travailler plus que ce qu'il faisait actuellement.
14. Le 21 août 2008, B_____ SA a signifié au recourant son congé pour le 31 octobre 2008.
15. Le 25 août 2008, l'assuré a déposé une demande en paiement à l'encontre de la CMBB et une procédure a été enregistrée sous le numéro A/3075/2008.
16. Par arrêt du 8 septembre 2008 (A/3328/2007 - ATAS/984/2008), le Tribunal cantonal des assurances sociales a partiellement admis le recours, en considérant que les avis médicaux au dossier démontraient une incapacité de travail totale du 5 août 2005 au 12 novembre 2007, de 50 % du 13 novembre 2007 au 20 janvier 2008 et nulle dès le 21 janvier 2008.
17. Par arrêt du 9 février 2009 (A/3075/2008 - ATAS/136/2009), le Tribunal cantonal des assurances sociales a rejeté la demande interjetée à l'encontre de la CMBB en se référant à son arrêt du 8 septembre 2008.
18. Par arrêt du 26 octobre 2009 (9C 912/2008), le Tribunal fédéral a admis le recours interjeté par l'assuré à l'encontre de l'arrêt du 8 septembre 2008 et a annulé celui-ci, la cause étant renvoyée à l'OAI pour examiner la capacité de travail de l'assuré, au besoin par le biais d'une instruction médicale, dans l'activité de plâtrier et dans une activité adaptée, en constatant que les pièces médicales au dossier ne permettaient pas d'établir la capacité de travail de l'assuré depuis le 13 novembre 2007.
19. Par décision du 10 mai 2011, l'OAI, après avoir diligenté une expertise orthopédique auprès du Dr C_____ (rapport du 3 novembre 2010), a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} août 2006 au 31 janvier 2008, au motif qu'il avait présenté une incapacité de travail totale du 1^{er} août 2005 au 30 novembre 2007.
20. L'assuré a travaillé d'avril 2011 à décembre 2015 à un taux de 50 % comme plâtrier B pour D_____, plâtrier, gypserie, peinture (E_____); il a reçu un salaire d'avril à octobre 2011, en janvier, mars, avril et décembre 2012, de juin à décembre 2013, de janvier à décembre 2014 et de janvier 2015 à janvier 2016; il a été licencié en raison de la fermeture de l'entreprise.
21. Du 1^{er} janvier au 30 juin 2016, l'assuré a travaillé pour F_____ SA.
22. L'assuré a travaillé pour Genève Emploi SA (ci-après : Genève Emploi) et a signé un contrat de mission avec G_____ SA, comme plâtrier, depuis le 18 août 2016 pour une durée maximum de trois mois, à un taux de 100 % (44 heures / semaine), pour un salaire de base de CHF 29.09 + CHF 4.15 d'indemnités vacances / jours fériés et CHF 2.76 de 13^{ème} salaire (total de CHF 36.-).

23. Un rapport des urgences de la Clinique de Carouge du 25 novembre 2016 mentionne que l'assuré s'est présenté pour une douleur à l'épaule droite suite à un faux mouvement, en portant une charge lourde (tendinopathie aigüe de l'épaule droite).
24. Le 29 novembre 2016, Genève Emploi a déclaré à la SUVA l'accident dont avait été victime l'assuré le 25 novembre 2016, décrit comme suit : l'assuré a fait un faux mouvement au travail avec charge lourde et s'est blessé à l'épaule « gauche ».
25. L'assuré a été en incapacité totale de travail dès le 25 novembre 2016, attestée par la Clinique de Carouge, puis par la Dresse H_____, FMH médecine générale.
26. La SUVA a pris le cas en charge.
27. Une échographie de l'épaule droite du 6 décembre 2016 a conclu à : « échographie de la coiffe difficile retrouvant une très probable rupture transfixiante du supra-épineux et une rupture au moins partielle du subscapulaire avec un tendon du long biceps qui est visualisé. On préconise un complément par IRM ».
28. L'IRM du 9 décembre 2016 a conclu à : « rupture complète du tendon supra-épineux avec minime rétraction de stade I du tendon et rupture complète d'allure ancienne du tendon subscapulaire avec mise à nu complète du tronchin. Difficulté d'identification du moignon et infiltration graisseuse de stade IV selon Goutalier du muscle subscapulaire. Status après rupture également du tendon long chef du biceps. Déchirure en anse de seau (SLAP III) du labrum supérieur ».
29. Le 15 décembre 2016, la Clinique de Carouge a attesté d'un faux mouvement de l'assuré au travail avec charge lourde et d'une tendinopathie de l'épaule droite.
30. Le 17 janvier 2017, le département de chirurgie des HUG a rendu un rapport suite à une consultation de l'assuré du 9 janvier 2017.

L'assuré se plaignait de douleurs à l'épaule droite : l'IRM montrait malheureusement une rupture complète du sous-scapulaire rétractée au-delà de la glène avec involution graisseuse complète d'allure certainement ancienne. Présence également d'une rupture du sus-épineux non-rétractée, lésions dégénératives labrales avec absence de long chef du biceps de la gouttière. Il s'agissait probablement d'une lésion récente du sus-épineux sur tendinopathie chronique de la coiffe et rupture ancienne du subscapulaire pour laquelle une indication chirurgicale dans ce contexte n'était pas retenue. Au vu de la fonction résiduelle de son épaule, si une infiltration radio-guidée parvenait à diminuer les douleurs, cela serait la meilleure option. Réparer le sus-épineux de manière isolée aurait probablement un effet antalgique mais pas fonctionnel. Le seul traitement chirurgical possible serait un transfert du grand pectoral ou une prothèse inversée, mais qui ne restitueront probablement pas sa force et sa capacité de travail.

31. Le 19 janvier 2017, la Dresse H_____ a renvoyé un rapport médical à la SUVA, attestant d'une rupture complète du tendon supra-épineux, d'une rupture complète du tendon subscapulaire, d'une rupture du tendon du long chef du biceps et d'une

déchirure en anse de seau (SLAP III) du labrum sup. Une intervention chirurgicale était probable ; l'assuré avait rendez-vous le 10 avril 2017 aux HUG.

32. Une infiltration de l'épaule a été effectuée le 26 janvier 2017.
33. Le 27 janvier 2017, le Dr I_____, FMH chirurgie orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin de la SUVA, a indiqué que l'incapacité de travail était justifiée de façon probable.
34. La Dresse H_____ a prolongé l'arrêt de travail au 30 juin 2017.
35. Le 27 mars 2017, la SUVA a requis du Dr J_____, FMH chirurgie orthopédique, qu'il prenne en charge l'assuré.
36. Une échographie abdominale totale du 28 mars 2017 a conclu à « reins de taille et de morphologie normales. Prostate présentant un volume à la limite supérieure de la norme mesurant 29 cm³ (norme entre 20 et 25 cm³). Mise en évidence d'une hépatomégalie stéatosique sans signe d'hypertension portale. Polype de cholestérol de la vésicule biliaire mesurant 3.5 mm ».
37. Le 2 mai 2017, le Dr J_____ a attesté d'une chute d'une échelle avec réception sur le côté de l'épaule droite ; la chute avait probablement décompensé une situation préexistante asymptomatique ; l'assuré devait réfléchir à un traitement conservateur ou à une intervention chirurgicale.
38. Le procès-verbal d'un entretien de l'assuré avec une collaboratrice de la SUVA du 11 mai 2017 relate que l'assuré a subi une infiltration sans grand résultat et souffre de l'épaule droite.
39. Le 11 mai 2017, le Dr J_____ a envoyé un rapport médical AI, attestant d'une lésion de la coiffe des rotateurs à droite, avec la possibilité de réparer la coiffe par arthroscopie ; il fallait voir si un reclassement était possible.
40. Une radiographie du thorax du 25 mai 2017 a conclu à l'absence de foyer pneumopathique ou d'épanchement pleural.
41. Le 7 juin 2017, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité, en faisant valoir une incapacité de travail totale depuis le 25 novembre 2016, suite à une déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite.
42. Le 13 juin 2017, Genève Emploi a attesté d'un salaire horaire de l'assuré de base de CHF 29.09 (total de CHF 36.-) et un salaire horaire qui aurait été alloué à l'assuré en 2017 de CHF 33,92 (CCT Second Œuvre Cat. B).
43. Le 13 juin 2017, la Dresse H_____ a rempli un rapport médical AI attestant d'une chute de l'assuré le 24 novembre 2016 et de la rupture complète du tendon supra-épineux, selon une arthro IRM de l'épaule droite du 9 décembre 2016, de douleurs, d'une limitation fonctionnelle et d'une incapacité de travail totale attestée depuis le 3 décembre 2016.

44. Le 13 juin 2017, le Dr J_____ a rempli un rapport médical AI attestant d'une lésion de la coiffe des rotateurs droits et d'une incapacité de travail totale comme plâtrier, mais de 100 % dans une activité adaptée dès maintenant, sans sollicitation physique du membre supérieur droit.
45. Le 3 juillet 2017, l'unité orthopédique et de traumatologie du sport des HUG a rempli un rapport médical AI, attestant d'une lésion du sous-épineux droit le 25 novembre 2016 d'une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs droit avec rupture de sous-scapulaire ancienne et lésions dégénératives labrales ; l'activité de plâtrier n'était pas exigible (limitation fonctionnelle épaule droite).
46. Le 16 août 2017, la Dresse K_____, du SMR, a considéré que l'assuré présentait les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travail nécessitant la force du bras droit, pas d'élévation du bras, pas de port de charges, pas de mouvements à répétition avec le bras droit ; suivant l'avis du Dr J_____, l'assuré était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle dès novembre 2016 et capable de travailler à 100 % dès juillet 2017, dans une activité adaptée.
47. Le 18 août 2017, la réadaptation professionnelle a fixé le degré d'invalidité de l'assuré à 10%, compte tenu, en 2016, d'un revenu sans invalidité de CHF 67'022.- et d'un revenu avec invalidité de CHF 60'320.-, tous deux déterminés selon l'ESS 2014, TA 1, niveau 1, pour 41,7h de travail hebdomadaire, indexés en 2016 et, pour le revenu d'invalidité, avec une déduction de 10 % (pour tenir compte des limitations fonctionnelles et de l'âge de l'assuré). Il était indiqué que le revenu sans invalidité se fondait sur l'ESS, en l'absence de données salariales concrètes.
48. Par projet de décision du 18 août 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations, en mentionnant que le degré d'invalidité était de 10 %, lequel ne donnait droit ni à une rente d'invalidité ni à une mesure de reclassement et que des mesures professionnelles de type reclassement n'étaient pas indiquées car elles ne seraient ni simples, ni adéquates et ne respecteraient pas le principe d'équivalence. De plus, de telles mesures n'entraîneraient que très difficilement une diminution du dommage, à savoir une diminution de la perte de gain.
49. Par décision du 22 septembre 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations, en relevant que les éléments fournis ne permettaient pas de revenir sur le projet de décision.
50. Les 19 et 25 octobre 2017, le département de chirurgie des HUG, a attesté d'une mise en place d'une prothèse totale d'épaule inversée à droite, pratiquée par les Drs L_____ et M_____ le 18 octobre 2017 ; l'incapacité de travail était totale du 18 octobre au 29 novembre 2017, certifiée par la Dresse N_____, médecin interne.
51. Le 25 octobre 2017, les HUG ont relevé des douleurs persistantes post chirurgie de l'épaule droite ; un bilan sanguin de contrôle était prévu.
52. Le 26 octobre 2017, l'assuré, représenté par CARITAS Genève, a recouru (A/4338/2017) auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à

l'encontre de la décision de l'OAI du 22 septembre 2017, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction et nouvelle décision, voire à l'octroi d'une rente entière d'invalidité ; préalablement, il demandait la suspension de la cause dans l'attente d'une décision de l'OAI sur une demande de reconsidération qu'il déposerait auprès de celui-ci. Son état de santé n'était pas encore stabilisé et il était en incapacité de travail totale, de sorte que son degré d'invalidité était de 100 %.

53. Le 22 novembre 2017, le Dr O_____, du SMR, a rendu un avis selon lequel les conclusions du SMR du 16 août 2017 restaient valables, la capacité de travail étant entière dans une activité strictement adaptée, jusqu'à l'opération à but antalgique et l'incapacité de travail n'était que temporaire et postérieure à la décision litigieuse.
54. Le 30 novembre 2017, le Dr L_____ a certifié une incapacité de travail de l'assuré du 29 novembre 2017 au 8 janvier 2018.
55. Le 5 décembre 2017, la Dresse H_____ a attesté d'un suivi de l'assuré aux HUG et mentionné qu'il était difficile de se prononcer sur une date de reprise du travail.
56. Le 6 décembre 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours, en relevant que l'intervention du 18 octobre 2017 n'avait pas entraîné d'incapacité de travail durable.
57. Le 11 décembre 2017, Dr P_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement de la SUVA, a indiqué que l'assuré avait tardé à se faire opérer et qu'il fallait revoir le dossier mi-février avec un examen à l'agence.
58. Le 12 janvier 2018, le recourant a répliqué, en soulignant qu'il avait subi une opération importante, dont les suites ne pouvaient être déterminées à l'avance ; il convenait de prendre en compte les rapports médicaux des HUG à venir.
59. Le 31 janvier 2018, un procès-verbal d'entretien de l'assuré avec un inspecteur de la SUVA mentionne que l'assuré se plaint toujours de douleurs à l'épaule droite et que les indemnités journalières lui seraient payées tant que son état n'était pas stabilisé.
60. Le 31 janvier 2018, le recourant a produit les rapports médicaux suivants :
 - Un rapport du 8 janvier 2018 du Dr L_____, médecin adjoint au département de chirurgie des HUG, attestant d'une incapacité de travail totale de l'assuré du 8 janvier au 8 février 2018.
 - Un rapport du 17 janvier 2018 du Dr L_____ indiquant que l'assuré avait récupéré des amplitudes fonctionnelles et que le bilan radiologique montrait un implant bien en place.

Il a relevé que le Dr L_____ confirmait son incapacité de travail totale.

61. Le 5 février 2018, la chambre de céans (A/4338/2017) a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

Le recourant a déclaré : « J'ai toujours mal au talon car je n'ai pas reçu les traitements adéquats à l'époque. Je ne suis toutefois plus traité pour ce problème. J'ai été opéré en octobre 2017 de mon épaule et actuellement je fais de la physiothérapie car mes mouvements sont encore limités. Le médecin est content de l'opération et moi-même je suis consciencieusement tous les traitements prescrits. Mon certificat d'arrêt de travail est renouvelé chaque mois, je suis encore en arrêt de travail jusqu'à fin février. Mon médecin m'a dit que je serai en arrêt de travail environ une année et j'ai prévu avec la SUVA d'aller à Sion en avril-mai 2018. Je précise que mon médecin m'a parlé de traitement qui durerait une année mais je ne sais pas combien de temps va durer mon arrêt de travail. Je vois tous les mois la Dresse H_____. Je vois aussi fréquemment le Dr L_____, la dernière consultation était le 8 janvier 2018 et la prochaine le 8 avril 2018. Je conteste être en mesure de travailler trois mois après l'opération. La SUVA a pris le cas en charge, soit l'intervention et les indemnités journalières. ».

Le mandataire du recourant a déclaré : « La capacité de travail dans une activité adaptée telle qu'attestée par le Dr J_____ en juin 2017 n'est pas contestée mais nous avons apporté un nouvel élément médical, soit l'opération d'octobre 2017. La capacité de travail dans une activité adaptée n'est pas contestée jusqu'à l'opération mais l'est ensuite puisque le recourant n'est actuellement pas capable de travailler, qu'on ne connaît pas l'évolution de son épaule, ni les limitations fonctionnelles. Nous ne contestons pas le refus des mesures d'ordre professionnel. ».

La représentante de l'intimé a déclaré : « La pose d'une prothèse entraîne une incapacité de travail temporaire d'environ deux à trois mois et de plus la pose de la prothèse devrait améliorer l'état de santé et donc la capacité de travail. Nous ne voulons pas reprendre la décision litigieuse afin d'examiner comment la capacité de travail du recourant évoluera car il n'y a aucune raison objective de penser que l'incapacité de travail va perdurer. Si tel devait être le cas le recourant devra déposer une nouvelle demande de prestations. ».

62. La Dresse H_____ a attesté d'un arrêt de travail total du 8 février au 30 avril 2018.
63. Le 15 février 2018, le Dr P_____ a mentionné que l'incapacité de travail perdurait et qu'une évaluation à la CRR était justifiée.
64. Le 13 avril 2018, l'assuré a écrit à la SUVA qu'il présentait des problèmes après la pose de la prothèse ; il n'arrivait pas à dormir du côté droit ; il avait d'énormes douleurs après avoir soulevé un poids ou en baissant son bras ; il ne pouvait lever son bras droit à l'arrière de son dos, ni à 10 %, ni aller au maximum de hauteur ; il manquait de force pour changer les vitesses de son véhicule ; il était moralement atteint, depuis son accident au pied en 2005. Il était injuste que la SUVA cesse de le payer alors que son état après l'opération s'était dégradé et qu'il avait besoin d'envoyer de l'argent à sa famille au Portugal.

65. Le 13 avril 2018, le Dr L_____ a indiqué que l'assuré rapportait des douleurs exacerbées suite à son séjour à la CRR ; l'implant était bien en place ; il proposait un bilan sanguin pour vérification des paramètres inflammatoires.
66. Le 2 mai 2018, la CRR a rendu son rapport suite au séjour de l'assuré du 14 mars au 18 avril 2018 pour un diagnostic principal de thérapies physique et fonctionnelle de l'épaule droite, suite à la mise en place d'une prothèse totale inversée le 18 octobre 2017 ; l'assuré présentait aussi une arthrose métatarso-phalangienne du premier rayon (pied gauche) et une ténosynovite du tendon tibial antérieur gauche ; l'assuré se plaignait d'une diminution de la mobilité et de la force du membre supérieur droit, de douleurs permanentes, augmentées à l'effort, de réveils nocturnes et de douleurs au pied gauche. Aucune nouvelle intervention n'était proposée mais la poursuite de la physiothérapie et de la balnéothérapie ; la situation n'était pas stabilisée ; une stabilisation était attendue à une année de l'intervention. L'activité de plâtrier n'était plus exigible ; l'assuré présentait les limitations fonctionnelles suivantes : les activités avec le membre supérieur droit au-dessus du plan des épaules et avec le membre supérieur droit en porte-à-faux, les activités avec force avec le membre supérieur droit et le port de charges supérieure à 5 à 10 kg de manière répétitive et / ou prolongée du sol à la taille. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus était en théorie favorable dans une activité très légère qui restait à définir. Néanmoins les facteurs contextuels (l'âge, l'absence de contrat de travail, de formation qualifiante, le faible niveau de français) allaient rendre cette réinsertion complexe.
67. Le 8 mai 2018, le Dr P_____ a rendu un avis selon lequel la situation ne serait stabilisée qu'en octobre 2018 et qu'il n'avait pas d'observations sur le rapport de la CRR.
68. La Dresse H_____ a attesté d'une incapacité de travail totale de mai 2018 à avril 2019.
69. Par arrêt du 14 mai 2018 (A/4338/2017 - ATAS/409/2018), la chambre de céans a rejeté le recours et a transmis la cause à l'OAI, dans le sens des considérants. Elle a considéré ce qui suit : L'intimé a retenu une incapacité de travail totale du recourant du 25 novembre 2016 au 30 juin 2017 et une capacité de travail totale dans une activité adaptée à son état de santé depuis le 1^{er} juillet 2017, entraînant un degré d'invalidité de 10 %. Le recourant ne conteste ni sa capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1^{er} juillet 2017, ni le degré d'invalidité de 10 % en résultant, mais fait valoir une incapacité de travail totale depuis le 18 octobre 2017, date de l'intervention chirurgicale à son épaule droite (procès-verbal d'audience du 5 février 2018). Force est de constater que l'aggravation de l'état de santé alléguée par le recourant est postérieure à la date de la décision litigieuse du 22 septembre 2017. S'agissant de la période courant dès le 18 octobre 2017, le recourant a présenté une incapacité de travail totale, attestée par les Drs N_____, L_____ et H_____ depuis le 18 octobre 2017, encore en cours. En l'occurrence, il n'y a pas

lieu de prendre en compte – dans le cadre de la présente procédure - cette nouvelle incapacité de travail totale alléguée par le recourant, fait survenu postérieurement à la décision litigieuse, dès lors que l'on ne connaît pas sa durée, l'état de santé du recourant ne semblant pas stabilisé, et qu'elle pourrait nécessiter une instruction médicale. En conséquence, la décision litigieuse, laquelle prend en compte l'état de santé du recourant jusqu'au 22 septembre 2017, et qui n'est pas contestée par ce dernier, ne peut qu'être confirmée et le recours rejeté. Il se pourrait que l'incapacité de travail alléguée ne soit pas que temporaire comme affirmé par le SMR le 22 novembre 2017, mais qu'elle perdure dans une mesure telle qu'elle donnerait droit à des prestations d'invalidité au recourant. À cet égard, compte tenu de la teneur du recours du 26 octobre 2017, comprenant l'allégation de l'aggravation de l'état de santé du recourant dès le 18 octobre 2017, il convient de transmettre celui-ci à l'intimé, afin qu'il soit traité comme une nouvelle demande de prestations.

70. Le 14 juin 2018, l'assuré a requis de la SUVA une prise en charge de physiothérapie en raison d'une tendinite à la jambe gauche, survenue suite à la rééducation intensive de la CRR.
71. Un rapport de consultation du 9 juillet 2018 du docteur L_____ a indiqué que l'assuré se plaignait de douleurs très importantes au niveau de l'épaule droite, les amplitudes étaient encore très restreintes avec un score de Constant très faible à 40 % ; il confirmait l'avis de la SUVA, soit un préavis de réinsertion comme plâtrier défavorable et la possibilité d'exercer une activité limitée avec un port de charge maximum de 5 à 10 kg.
72. Le 17 juillet 2018, l'OAI a imparti à l'assuré un délai pour rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis le 18 octobre 2017.
73. Le 17 août 2018, le Dr P_____ a indiqué que le cas serait stabilisé en octobre 2018 et qu'il examinerait l'assuré à ce moment-là.
74. Le 20 août 2018, l'OAI a notifié à l'assuré une sommation en lui fixant un nouveau délai au 1^{er} septembre 2018.
75. Le 31 août 2018, l'assuré, représenté par CARITAS, a indiqué à l'OAI qu'il souffrait toujours beaucoup de son épaule droite, de sa jambe et de son pied droits et qu'il était convoqué aux HUG les 31 août et 8 octobre 2018 ainsi qu'à la SUVA le 10 octobre 2018.
76. Le 9 octobre 2018, le Dr L_____ a indiqué, suite à une consultation du 8 octobre 2018, que l'évolution anamnétique était favorable, avec une récupération d'une bonne partie des mobilités mais avec la persistance d'une faiblesse à l'abduction ; l'implant était bien en place et les amplitudes largement restituées.
77. Le 15 octobre 2018, le Dr P_____ a rendu un rapport suite à l'examen final de l'assuré du 10 octobre 2018. L'assuré, qui ne parlait pas un mot de français, se plaignait de douleurs circonscrites à l'épaule droite ; il était collaborant et peu plaintif. Le médecin a posé le diagnostic de rupture massive de la coiffe des

rotateurs sur l'épaule déjà très dégénérative ; depuis la CRR il existait une évolution possible, avec diminution des douleurs ; sur le plan du travail et de l'exigibilité, les limitations fonctionnelles définitives étaient celles déjà retenues à la CRR : limitation pour le travail avec le membre supérieur droit en abduction, le travail en force et le port de charge ; les activités avec le membre supérieur droit étaient donc possibles mais retenues contre-indiquées au-dessus du plan des épaules avec le membre supérieur droit en porte-à-faux ; les activités avec force avec le membre supérieur droit et le port de charge supérieur à 5 - 10 kg dans l'axe étaient possibles mais contre-indiquées de manière répétitive ou prolongée du sol à la taille ; le travail précédent n'était plus exigible (plâtrier peintre). Dans les limitations fonctionnelles actuelles, le travail devenait exigible sans limitation au rendement et à 100 % après la fin du reconditionnement par rééducation auprès du Dr Q_____, dans quatre mois. L'assuré disait avoir bien compris la situation et commençait à chercher quelque chose qu'il pouvait faire, même s'il était très inquiet, ne sachant être que plâtrier-peintre. Une IPAI de 20 % était justifiée.

78. Par courrier du 16 octobre 2018, la SUVA a informé l'assuré qu'elle mettrait fin à ses prestations (prise en charge des frais médicaux et indemnité journalière) au 28 février 2019 ; il était reconnu capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Un examen d'autres prestations d'assurance serait effectué.
79. Un rapport d'échographie du genou droit du 23 octobre 2018 a conclu à un ménisque médial hétérogène sans qu'on ne puisse savoir en échographie s'il s'agit d'un ménisque dégénératif ou d'une fissure méniscale. Il n'était pas noté d'ostéophytose des berges en regard mais on notait une hyperémie Doppler du plan capsulaire au contact de ce ménisque médial. Epanchement articulaire. Une IRM pour exploration méniscale pourrait compléter l'examen.
80. Le 25 octobre 2018, l'assuré a écrit à la SUVA que son état de santé n'était pas encore stabilisé, que sa capacité de travail était encore nulle et que l'évolution était très défavorable.
81. Le 20 novembre 2018, les HUG ont communiqué à l'OAI les notes de consultations du Dr Q_____, lequel ne travaillait plus aux HUG.
82. Le 26 novembre 2018, le Dr O_____ du SMR a rendu un avis médical selon lequel il fallait s'en tenir aux conclusions du Dr P_____ du 10 octobre 2018 et considérer que depuis octobre 2018, la capacité de travail était pleine dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles d'épargne de l'épaule droite ; l'incapacité de travail était donc totale dans toute activité du 18 octobre 2017 au 10 octobre 2018.
83. Par projet de décision du 27 novembre 2018 et décision du 16 janvier 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que le degré d'invalidité de l'assuré était de 10 %. Le revenu sans invalidité en 2018 était de 67'022.- (lequel était avantageux, l'assuré, selon son compte individuel, n'ayant jamais obtenu pareil

montant), et le revenu d'invalide était de CHF 60'320.-, selon l'ESS 2016. Il n'y avait pas de droit à une mesure de reclassement et des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

84. Le 16 janvier 2019, l'OAI a reçu un courrier de l'assuré, représenté par CARITAS, du 14 janvier 2019, selon lequel il contestait le projet de décision car malgré les traitements son état n'était pas encore stabilisé et il présentait toujours d'importantes douleurs, de sorte que sa capacité de travail était toujours nulle dans toute activité.
85. Le 30 janvier 2019, à la demande de la SUVA, Genève emploi a indiqué que le salaire de base de l'assuré en 2019 aurait été de CHF 29.09 de l'heure, avec CHF 2.76 de gratification, CHF 1.05 pour les jours fériés et CHF 3.10 pour les vacances, soit un salaire total de l'heure de CHF 36.-.
86. L'extrait du 6 février 2019 du compte individuel de l'assuré, depuis l'année 2010, de la Caisse cantonale genevoise de compensation, mentionne un emploi auprès de D_____ plâtrier-gypserie-peinture depuis 2011 jusqu'en 2015, un emploi en janvier 2013 pour R_____, un emploi de janvier à juin 2016 pour F_____ SA et un emploi pour Genève emploi d'août à novembre 2016 pour un revenu, pour cette même période, de CHF 21'482.-.
87. Le 18 février 2019, l'assuré, représenté par CARITAS, a recouru à l'encontre de la décision de l'OAI du 16 janvier 2019 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (cause A/631/2019), en concluant à son annulation, au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision, voire à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il souffrait toujours d'importantes douleurs au bras droit, il était limité dans toutes ses activités et il était prématuré d'évaluer sa capacité de travail résiduelle, actuellement nulle.
88. Le 22 mai 2019, la SUVA a calculé le degré d'invalidité de l'assuré. Le gain de valide était de CHF 62'568.30, soit CHF 4'789.- x 13 + une indexation de 0,5 % pour 2019. Le gain d'invalide était de CHF 60'968.70, calculé selon l'ESS 2016, tableau TA 1, niveau 1, homme, pour un horaire hebdomadaire de travail de 41,7 heures, indexé à l'année 2019 (+ 0,4 % pour 2017, + 0,5 % pour 2018 et + 0,5 % pour 2019), avec un abattement de 10 %. Le degré d'invalidité était de 3 %.
89. Par décision du 22 mai 2019, la SUVA a, d'une part, refusé à l'assuré un droit à une rente d'invalidité, au motif que son degré d'invalidité, de 3 %, était inférieur au seuil de 10 % ouvrant le droit à une rente, d'autre part, alloué un IPAI de CHF 29'640.- (degré de 20 %).
90. Le 24 juin 2019, l'assuré a fait opposition à la décision précitée, au motif qu'il n'avait recouvré qu'un usage très limité de son épaule et présentait des douleurs importantes à l'épaule et au bras droit ; au vu de ces limitations, de son profil, son parcours professionnel et de son âge, il était totalement incapable de retrouver un travail.

91. Par décision du 5 juillet 2019, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré, en relevant que celui-ci n'apportait aucun élément objectif susceptible de remettre en question les conclusions du Dr P_____, que le marché du travail offrait un éventail d'activités simples et légères, ne nécessitant aucune formation et adaptées au handicap de l'assuré et que le manque de formation, l'âge et les faibles connaissances linguistiques étaient des facteurs étrangers à l'invalidité.
92. Le 6 septembre 2019, l'assuré a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de la SUVA du 5 juillet 2019 (A/3235/2019), en concluant à son annulation, au renvoi de la cause à la SUVA pour complément d'instruction et nouvelle décision ou à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il souffrait de nombreuses douleurs au bras droit, était fortement limité dans toutes ses activités, son état de santé n'était pas stabilisé et sa capacité de travail était nulle dans toute activité.
93. Le 5 novembre 2019, la SUVA a conclu au rejet du recours. L'assuré n'avait pas contesté la stabilisation de son état de santé lors de son opposition ; de surcroît, il n'apportait aucun élément médical permettant de s'écarter des conclusions du Dr P_____. La persistance des douleurs ne permettait pas de conclure à l'absence de stabilisation du cas au 1^{er} mars 2019, date à laquelle seul un traitement de physiothérapie et médicamenteux était prescrit. Le gain sans invalidité avait été fixé selon la CCT du second œuvre pour le canton de Genève, pour un travailleur de classe B ; le gain d'invalidé, fixé selon l'ESS 2016, n'était pas critiquable.
94. Par arrêt du 2 décembre 2019 (cause A/631/20219 - ATAS/1115/2019), la chambre de céans a rejeté le recours interjeté par l'assuré à l'encontre de la décision de l'OAI du 16 janvier 2019, en considérant que l'assuré était capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 11 octobre 2018. S'agissant du revenu d'invalidé, la question pouvait être laissée ouverte de savoir si une déduction supérieure à 10 % devait être appliquée, dès lors que même si une déduction de 25 % était admise, le degré d'invalidité n'atteindrait pas le seuil de 40 % pertinent pour l'ouverture du droit à une rente d'invalidité.
95. Le 9 janvier 2020, le recourant a répliqué, en relevant qu'il devait être considéré comme un ouvrier qualifié de la construction, soit un travailleur de classe A. Le taux d'abattement devait être augmenté à 25 % dès lors qu'il était âgé de 63 ans, avait travaillé toute sa vie dans le domaine de la construction, n'avait pas de formation professionnelle, lisait à peine, n'écrivait pas du tout et parlait mal la langue française ; ses limitations fonctionnelles étaient importantes, vu qu'il avait reçu une IPAI de 20 % ; dans ces circonstances aucun employeur ne voudrait l'engager.
96. A la demande de la chambre de céans :
- L'OAI a versé le 17 avril 2020 à la procédure son dossier.
 - La Caisse de compensation de la SSE a communiqué l'extrait du compte individuel de l'assuré attestant d'un revenu de CHF 44'200.- d'avril à décembre

2002, de CHF 55'572.- + CHF 6'844.- en 2003, de CHF 58'871.- + CHF 7'357.- en 2004 et de CHF 30'554.- + CHF 2'877.- en novembre - décembre 2005.

- Monsieur D_____ a indiqué que l'assuré avait été engagé comme plâtrier à 50 %, pour un salaire horaire de CHF 28.-, comme travailleur de classe B. Il a fourni les fiches de récapitulation par collaborateur de 2011 à 2016 ainsi que les décomptes de salaire de février à août 2015, de décembre 2015 et janvier 2016.

97. 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) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, 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, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
5. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.
6. a. 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).

b. 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).

7. a. 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).

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. A 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).

c. 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. Etant 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).

d. 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).

e. 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. A 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).

8. 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).

9. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGa) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGa) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 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 (art. 19 al. 1, 1^{ère} phrase, LAA).

Cependant, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2^{ème} phrase, LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2). Autrement dit, l'assureur-accidents est tenu d'octroyer une indemnité journalière et de prendre en charge le traitement médical aussi longtemps qu'il y a lieu d'attendre une amélioration notable de l'état de santé. Si une telle amélioration ne peut plus être envisagée, il doit clore le cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4.2).

10. a. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGa). En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1 ATF 130 V 343 consid. 3.4).

b. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être

déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

c. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence).

Aux termes de l'art. 25 al. 1 RAI (en relation avec l'art. 28a LAI), est réputé revenu déterminant au sens de l'art. 16 LPGa, pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS (à l'exception des prestations, éléments de salaire et indemnités mentionnées aux let. a à c de cette disposition, sans pertinence en l'espèce). Cette réglementation est applicable par analogie dans le domaine de l'assurance-accidents, dès lors que la notion d'invalidité y est la même que dans l'assurance-invalidité (cf. ATF 133 V 549 consid. 6.1). Elle établit un parallèle entre le revenu soumis à cotisation à l'assurance-vieillesse et survivants et le revenu à prendre en considération pour l'évaluation de l'invalidité ; ce parallèle n'a toutefois pas valeur absolue et la jurisprudence admet quelques rectificatifs, par exemple si une diminution ou une augmentation extraordinaire du revenu pendant une période déterminée est dûment établie (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 499/97 du 23 novembre 1998, in SVR 1999 IV no 24 p. 71). Si le tout dernier revenu présente de fortes fluctuations à relativement court terme, il faut tenir compte du revenu moyen sur une plus longue période (SVR 2014 UV Nr. 1 p. 1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_443/2018 du 30 janvier 2019 consid. 2.1 ; 8C_211/2013 du 3 octobre 2013 consid. 4.2). C'est notamment le cas si le dernier salaire obtenu avant la survenance de l'invalidité est nettement plus élevé que les salaires obtenus jusqu'alors. Il ne peut servir de référence pour le revenu sans invalidité que s'il est établi, selon la vraisemblance prépondérante, que l'assuré aurait continué à réaliser un tel salaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C_751/2011 du 30 avril 2012 consid. 4.1 ; 9C_5/2009 du 16 juillet 2009 consid. 2.3, in SVR 2009 IV n° 58 p. 181).

d. Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. Il correspond au revenu effectivement réalisé par l'intéressé pour autant que les rapports de travail apparaissent particulièrement stables, qu'en exerçant l'activité en question celui-ci mette pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible et encore que le gain ainsi obtenu corresponde à son rendement effectif, sans comporter d'éléments de salaire social. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être

évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales résultant des DPT établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

Il convient de se fonder, 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). La valeur statistique – médiane – s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc), étant précisé que la question de savoir si l'âge d'un assuré constitue un critère pertinent pour justifier un abattement sur le salaire statistique dans le domaine de l'assurance-accident obligatoire n'a pas été tranchée par le Tribunal fédéral (arrêt du Tribunal fédéral 8C 103/2018 du 25 juillet 2018).

Depuis la 10^e édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_skill_level de l'ESS 2012; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes

figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (arrêt du Tribunal fédéral 9C_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1 et les références).

11. a. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

b. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

12. En l'occurrence, dans son arrêt du 2 décembre 2019, rendu en matière d'assurance-invalidité (ATAS/1119/2019), la chambre de céans a relevé que l'OAI avait reconnu au recourant une incapacité totale de travail dans toute activité dès le 18 octobre 2017 et une capacité totale de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 11 octobre 2018, ce qui entraînait depuis lors une perte de gain de 10 %, insuffisante pour lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

L'OAI s'était fondé sur l'appréciation médicale du médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr P_____ (rapport du 15 octobre 2018), lequel avait pris en compte les rapports de la CRR, suite au séjour du recourant du 14 mars au 18 avril 2018 et s'était rallié aux limitations fonctionnelles retenues par la CRR, soit des limitations pour le travail avec le membre supérieur droit en abduction, travail en force, le port de charge, les activités avec le membre supérieur droit au-dessus du plan des épaules en porte-à-faux, les activités avec force avec le membre supérieur droit et le port de charge supérieur à 5 - 10 kg de manière répétitive ou prolongée du sol à la

taille. Le Dr L_____ s'était également rallié à l'avis de la CRR dans son rapport du 9 juillet 2018, en confirmant l'exigibilité d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant. Le Dr P_____ avait également relevé que, depuis l'évaluation de la CRR, il existait une évolution positive certaine avec la diminution des douleurs. Cette évolution positive avait ensuite été confirmée par le rapport du Dr L_____ du 9 octobre 2018, lequel attestait d'une évolution anamnestique favorable, avec une récupération d'une bonne partie des mobilités et amplitudes et un implant bien en place.

Comme relevé par l'OAI, tous les rapports médicaux au dossier convergeaient pour reconnaître au recourant une capacité de travail totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le recourant contestait être capable de travailler mais ne fournissait aucun avis médical pour étayer ses allégations, étant relevé que le rapport d'échographie du genou droit du 23 octobre 2018 n'était pas à même d'établir une incapacité de travail du recourant, ce d'autant que les conséquences n'étaient pas discutées par le médecin traitant du recourant.

Enfin, s'agissant des douleurs chroniques au talon, évoquées à nouveau par le recourant dans son écriture du 20 mai 2019, l'intimé avait instruit médicalement cet aspect suite à l'arrêt du Tribunal fédéral du 20 octobre 2009, en particulier en mettant en œuvre une expertise auprès du Dr C_____, lequel avait conclu (rapport du 3 novembre 2010) à la présence d'une talalgie plantaire suite à un choc qui n'entraînait, depuis novembre 2007, plus d'incapacité de travail dans une activité adaptée (pas de marche prolongée, de port de charge de plus de 5-10 kg, de montées et descentes d'escalier). Le recourant n'avait pas contesté la décision subséquente de l'OAI du 10 mai 2011, qui reprenait la conclusion du Dr C_____, tout en considérant que l'activité habituelle était adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant. Or, le recourant ne faisait état d'aucun élément qui permettrait de remettre en cause cette évaluation. Il convenait en conséquence de retenir une capacité de travail totale du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 11 octobre 2018. Enfin, s'agissant de l'âge de l'assuré, malgré le fait qu'il avait atteint l'âge de 62 ans au 11 octobre 2018, date à partir de laquelle une capacité de travail lui était reconnue, aucun élément, au sens de la jurisprudence, ne permettait de considérer que le recourant ne pourrait retrouver un emploi sur le marché du travail, en particulier compte tenu des limitations fonctionnelles reconnues.

Ces conclusions, fondées principalement sur l'instruction médicale menée par l'intimée, peuvent être reprises dans le cadre de la présente procédure, étant relevé que le recourant n'a pas amené d'éléments médicaux qui permettraient de remettre en cause l'exigibilité d'une activité lucrative exercée à 100 %, adaptée à ses limitations fonctionnelles, à tout le moins dès le 1^{er} mars 2019. Par ailleurs, la situation médicale du recourant doit, comme relevé par l'intimée à la suite de l'évaluation du Dr P_____, être considérée comme étant stabilisée à cette date.

13. a. En l'occurrence, le calcul du degré d'invalidité doit être effectué en référence à l'année 2019, l'intimé ayant versé l'indemnité journalière jusqu'au 28 février 2019.

b. S'agissant du revenu sans invalidité, selon les informations fournies par l'employeur au moment de l'accident (déclaration de sinistre du 29 novembre 2016, courrier à la SUVA du 30 janvier 2019, extrait du compte individuel du 6 février 2019), le recourant a été engagé le 18 août 2016, au taux de 100 %, pour un horaire de travail de 44 heures par semaine et un salaire horaire de base de CHF 29.09, auquel s'ajoutait une indemnité pour vacances de CHF 3.10, une indemnité pour jours fériés de CHF 1.05 et une gratification (13^{ème} salaire) de CHF 2.76.

La convention collective de travail du second œuvre romand 2011 (CCT-SOR 2011) s'applique, dans le canton de Genève à la branche d'activité plâtrier-peinture (art. 1 al. 2 CCT-SOR 2011). Cela est encore le cas dès 2019 (art. 1 let. a CCT-SOR 2019).

A cet égard, l'annexe II de la CCT-SOR 2019 prévoit, pour la classe de travailleur A (qualifié), un salaire horaire minimum de CHF 29.30 et pour la classe de travailleur B, un salaire horaire minimum de CHF 26.95. L'art. 14 let. c CCT-SOR 2019 prévoit que le salaire « mensuel-constant » est calculé sur la base du salaire horaire, multiplié par 177,7 heures, étant précisé que pour ce mode de calcul, les droits aux vacances et aux jours fériés sont directement compris dans le salaire « mensuel-constant ». S'y ajoute le 13^{ème} salaire.

En l'occurrence, selon le calcul de l'art. 14 let. c CCT-SOR 2019 et le salaire horaire du recourant de CHF 29.09, le salaire annuel 2016 de celui-ci correspond à CHF 67'200.80, arrondi à CHF 67'201.- [soit (CHF 29.09 x 177.7 heures) x 13]. Indexé à l'année 2019 (+ 0,4 % pour 2017, + 0,5 % pour 2018 et + 0,5 % pour 2019), il est de CHF 68'173.-.

L'intimé a calculé le revenu sans invalidité du recourant en prenant en compte un revenu fondé sur les chiffres minimums de la CCT-SOR, pour un travailleur de classe B, soit un salaire horaire de CHF 26.95 et un revenu mensuel de CHF 4'789.- [(CHF 26.95 x 177.7 heures) x 13, avec une indexation de 0,5 %]. Cependant, il n'y a pas lieu de s'écarter du salaire de base effectivement réalisé par le recourant en 2016, soit un salaire horaire de CHF 29.09, lequel correspond à celui auquel le recourant pouvait prétendre en tant que plâtrier, soit l'activité qu'il a exercée au cours de sa carrière professionnelle, nonobstant le fait que le dernier emploi du recourant n'était qu'une mission temporaire de trois mois (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C 485/2011 du 18 juin 2012). A cet égard, on constate en effet qu'avant l'accident d'août 2005 dont a été victime le recourant (qui a entraîné une longue incapacité de travail et l'octroi d'une rente d'invalidité du 1^{er} août 2006 au 31 janvier 2008), le recourant avait perçu, sur toute l'année 2004, un salaire brut de CHF 66'228.- (selon l'extrait CI), voire de CHF 69'298.25 (selon le compte individuel 2004 de B. _____ SA), soit un revenu, qui, indexé à l'année 2019, est même supérieur à celui retenu. Quant au salaire brut de CHF 33'366.40 réalisé en

2015, à 50 % auprès de D_____, plâtrier - gypserie - peinture, il est fondé sur un salaire horaire de CHF 28.-, soit déjà supérieur au salaire horaire de base de CHF 26.95 pris en compte par l'intimé.

c. S'agissant du revenu avec invalidité, l'intimé l'a fixé à CHF 60'968.70, en se fondant sur l'ESS 2016, tableau TA1, skill level, niveau 1, homme, pour un horaire hebdomadaire, en 2016, de 41,7 heures, indexé à l'année 2019, avec un abattement de 10 %.

Le recourant prétend à un abattement plus important, soit de 25 %, compte tenu de son âge, de son expérience professionnelle limitée au domaine de la construction, de son absence de formation, de son incompréhension de la langue française et de ses importantes limitations fonctionnelles.

Cependant, en procédant à un abattement de 10 %, l'intimée a tenu compte, dans une mesure suffisante, des critères pertinents précités. Tout d'abord, l'absence d'expérience et de formation ne joue pas de rôle lorsque le revenu d'invalidité est déterminé en référence au salaire statistique auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives de niveau de compétence 1. En effet, ce niveau de compétence de l'ESS concerne une catégorie d'emplois ne nécessitant ni formation ni expérience professionnelle spécifique (arrêt 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C 122/2019 du 10 septembre 2019).

En outre tout nouveau travail va de pair avec un période d'apprentissage, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'effectuer un abattement à ce titre (arrêt du Tribunal fédéral 8C 103/ 2018 du 25 juillet 2018). Ensuite, les limitations fonctionnelles ont été prises en compte dans l'abattement de 10 % ; à cet égard, au regard des activités physiques et manuelles simples que recouvrent les secteurs de la production et des services (tableau TA1_skill_level ESS 2016), un nombre suffisant d'entre elles correspondent à des travaux légers ne nécessitant pas le port régulier de charge excédant les 5 kg ou de mouvement des membres supérieurs droits répétitif ou de force, ou en abduction au-dessus du plan des épaules, ou en porte-à-faux, comme en particulier les activités de contrôle et de surveillance. Une déduction supplémentaire sur le salaire statistique ne se justifie donc pas pour tenir compte des circonstances liées au handicap du recourant. En effet, un abattement n'entre en considération que si, dans un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (arrêt 8C 174/2019 du 9 juillet 2019 consid. 5.2.2 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 8C 122/2019 du 10 septembre 2019).

En ce qui concerne le critère de l'âge, le Tribunal fédéral n'a pas encore tranché le point de savoir si, dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, il constitue un critère d'abattement ou si l'influence de l'âge sur la capacité de gain doit être prise en compte uniquement dans le cadre de la réglementation particulière de l'art. 28 al. 4 OLAA (voir les arrêts 8C_878/2018 du 21 août 2019 consid. 5.3.1;

8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5, in SVR 2018 UV n° 40 p. 145; 8C_439/2017 du 6 octobre 2017 consid. 5.6.4, in SVR 2018 UV n° 15 p. 50). Cette question peut encore demeurer indécise en l'espèce dans la mesure où le recourant n'expose pas en quoi ses perspectives salariales seraient concrètement réduites sur un marché du travail équilibré en raison de son âge (arrêt du Tribunal fédéral 8C 122/2019 précité). Ce d'autant que dans le domaine des emplois non qualifiés, ceux-ci 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).

Enfin, le fait que le recourant maîtrise très mal la langue française n'est pas non plus un critère déterminant (arrêt du Tribunal fédéral 9C 42/2017 du 29 juin 2017, 9C 777/2015 du 12 mai 2016), en particulier pour l'exercice d'une activité de niveau 1.

14. Le calcul du degré d'invalidité est donc le suivant :

$$\frac{\text{CHF } 68'173.- - \text{CHF } 60'969.-}{\text{CHF } 68'173.-} = 10.56 \% \text{ arrondi à } 11 \%$$

Ce taux donne droit à une rente d'invalidité de 11 % dès le 1^{er} mars 2019, l'indemnité journalière ayant été versée par l'intimé jusqu'au 28 février 2019.

15. Partant, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que le recourant a droit à une rente d'invalidité de 11 % dès le 1^{er} mars 2019.

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimée du 5 juillet 2019.
4. Dit que le recourant a droit à une rente d'invalidité de 11 % dès le 1^{er} mars 2019.
5. Alloue une indemnité de CHF 2'000.- au recourant à la charge de l'intimée.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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

* Erreur matérielle art. 85 LPA