RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/872/2020 **ATAS/529/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 1er juin 2021

2ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à LA CROIX-DE-ROZON, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Caroline RENOLD	recourant

contre

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

Siégeant : Blaise PAGAN, Président; Maria Esther SPEDALIERO, Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1964, de nationalité serbe, au bénéfice d'un permis C depuis le 24 mars 2000, a travaillé au service d'entreprises de construction en tant que maçon du 1er juillet 1998 au 30 novembre 2018, date de son licenciement. À ce titre, il était assuré contre le risque d'accident, professionnel ou non, auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la SUVA ou l'intimée).

2. Le 22 octobre 2015, l'assuré a été victime d'une chute en scooter, date à compter de laquelle il a présenté une incapacité de travail totale.

3. Dans une lettre de sortie du 3 novembre 2015, le docteur B_____, chef de clinique au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a posé le diagnostic de fracture-luxation 4 parts de l'humérus proximal gauche, traitée par une réduction fermée dans un premier temps, suivie d'une ostéosynthèse.

4. La SUVA a pris en charge le cas.

5. Le 6 juin 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), invoquant des douleurs et des limitations fonctionnelles de l'épaule gauche, ainsi que des lombalgies.

6. Dans un rapport du 22 juin 2016, la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR), où, en l'absence d'amélioration et en présence d'une épaule très raide, l'assuré avait séjourné du 18 mai au 15 juin 2016, a posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitation fonctionnelle au niveau de l'épaule gauche, et à titre de diagnostics supplémentaires, une fracture-luxation 4 parts de l'humérus proximal gauche, une capsulite rétractile, une lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche avec rupture complète du tendon du sous-scapulaire et déchirure transfixiante du tendon du sus-épineux, ainsi qu'une bursite sous-acromio-deltoïdienne. L'assuré présentait également des lombalgies chroniques non-déficitaires. Au status de sortie, une discrète amélioration de la mobilité de l'épaule gauche et des douleurs avaient été constatées. Les limitations fonctionnelles provisoires étaient : port de charges, travail de force, mouvements répétitifs avec le membre supérieur gauche et positions en porte-à-faux. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical. Le pronostic de réinsertion dans l'activité habituelle était défavorable, mais favorable dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles.

7. Dans un compte-rendu opératoire du 1er février 2017, le docteur C_____, médecin chef de clinique au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a mentionné que l'assuré avait bénéficié d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse (ci-après : AMO) et d'une prothèse totale inversée de l'épaule gauche le 25 janvier 2017.

8. Le 25 septembre 2017, l'assuré a été examiné par le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA. Dans un rapport d'examen final du 29 septembre 2017, ce dernier a retenu les diagnostics de fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus gauche ; d'ostéosynthèse, suivie d'une nécrose ; et d'arthroplastie par prothèse inversée de l'épaule, compliquée d'un sepsis traité par antibiothérapie. L'assuré éprouvait des difficultés pour le déshabillage et l'habillage. Il suivait actuellement un traitement par Tramal et Dafalgan, ainsi que trois séances hebdomadaires de physiothérapie occasionnant surtout une exacerbation des douleurs. Le résultat clinique le jour de l'examen était mauvais avec une mobilité de l'épaule très limitée, du côté non dominant. Il n'y avait pas d'évolution à attendre sur le plan de la mobilité. Le cas était stabilisé. Une activité professionnelle réalisée indifféremment en position debout ou assise, sans port de charges du côté gauche, avec de façon idéale l'avant-bras gauche reposant sur un support, sans limitation au niveau de la mobilité des doigts, ou une activité mono-manuelle exercée uniquement de la main droite était exigible à plein temps, sans baisse de rendement.

9. Dans un rapport du même jour, le Dr D_____ a indiqué que l'assuré présentait une arthrose grave avec une mauvaise fonction, et a évalué à 25 % le taux de l'atteinte à l'intégrité en se référant à la table n°5 d'indemnisation de la SUVA relative aux atteintes à l'intégrité résultant d'arthroses.

10. Par courrier du 5 janvier 2018, la SUVA a informé l'assuré que, selon son service médical, il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident. Elle mettrait par conséquent fin au paiement des soins médicaux (sous réserve de ceux encore nécessaires mentionnés dans ce courrier) et de l'indemnité journalière au 31 mai 2018. Elle examinerait ultérieurement si celui-ci pouvait prétendre à d'autres prestations d'assurance.

11. Par communication du 20 mars 2018, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il prendrait en charge les frais d'orientation professionnelle du 23 avril au 22 juillet 2018 auprès des Établissements publics pour l'intégration (ci-après : les ÉPI) en vue de définir et valider un projet professionnel adapté à ses capacités et limitations fonctionnelles. Pendant la durée de cette mesure, l'assuré serait mis au bénéfice d'indemnités journalières.

12. Dans un certificat (dont la date est illisible), le docteur E_____, médecin généraliste traitant, a attesté d'une capacité de travail de 50 % dès le 18 mai 2018 pour cause de maladie, puis de 0 % à partir du 13 juillet 2018 pour une durée indéterminée.

13. Dans une attestation du 19 juillet 2018, le Dr E_____ a certifié avoir reçu en urgence le 13 juillet 2018 son patient, alors en stage aux ÉPI qui était incompatible avec son état de santé. Celui-ci souffrait d'omalgies gauches, d'importantes lombalgies exacerbées par une position prolongée et de gonalgies gauches.

14. À la demande de la SUVA, dans son appréciation du 23 juillet 2018, le Dr D_____ a mentionné que les lombalgies et les douleurs rachidiennes n'étaient pas à la charge de l'assurance-accidents. Il se demandait si l'assuré, dans le cadre des essais professionnels mis en place par l'OAI dont le médecin ignorait la nature, avait bien pratiqué une activité mono-manuelle comme il l'avait retenu dans son rapport d'examen. Dans ces conditions, il a maintenu l'exigibilité définie précédemment pour les seules suites de l'accident.

15. Depuis le 1er septembre 2018, l'Hospice général accorde à l'assuré une aide financière.

16. Dans un rapport du 9 octobre 2018 adressé au médecin-conseil de la SUVA, le docteur F_____, médecin chef de clinique au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a posé le diagnostic d'omalgie et impotence fonctionnelle persistante de l'épaule gauche évoquant une capsulite rétractile. Il n'y avait pas eu d'amélioration ni subjectivement ni objectivement depuis la dernière consultation en avril 2018. Le praticien préconisait un séjour en milieu hospitalier à la CRR afin de revoir consciencieusement les exercices de posture, le renforcement des stabilisateurs de l'omoplate et d'évaluer l'efficacité des antalgiques sur la fonction.

17. Les certificats de salaire au dossier font état d'un revenu brut de CHF 74'260.- en 2014 et de CHF 72'323.- en 2015.

18. Dans un projet de décision du 16 novembre 2018, l'OAI a annoncé à l'assuré qu'il entendait lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1er octobre 2016 au 31 octobre 2017, qui ne serait versée qu'à compter de décembre 2016 en raison du dépôt tardif de la demande de prestations. L'OAI a considéré que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle dès le 22 octobre 2015, et entière dans une activité adaptée à partir de novembre 2017, date à laquelle le degré d'invalidité de 25% n'ouvrait pas le droit à une rente.

19. Par décision du 2 mai 2019, la SUVA a reconnu à l'assuré le droit à une rente d'invalidité de 25% dès le 1er juillet 2018 et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25%. Elle a fixé le revenu sans invalidité à CHF 72'051.-, selon les données communiquées par l'employeur. Quant au revenu avec invalidité, elle l'a arrêté à CHF 53'924.75, correspondant au salaire d'un homme travaillant dans une activité de niveau 1, tous secteurs confondus (total) selon le tableau TA1_tirage_skill_level (secteur privé) de l'Enquête Suisse sur la Structure des Salaires (ci-après : ESS) 2016, adapté à la moyenne des heures travaillées en Suisse (41,7 heures), indexé en 2018, et réduit de l'abattement de 20% retenu pour tenir compte des limitations fonctionnelles.

20. a. Par courrier du 3 juin 2019 complété le 16 septembre 2019, l'assuré, sous la plume de son conseil, s'est opposé à cette décision, en concluant à la mise en œuvre d'une expertise orthopédique ainsi qu'à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 100%. Il a contesté le caractère

probant du rapport du Dr D_____. Il a fait valoir que le Dr E_____ attestait d'une incapacité de travail totale et que l'expert mandaté par l'OAI retenait une diminution de rendement de 30% dans une activité adaptée, qui devait être prise en considération même si une perte de rendement supérieure à ce pourcentage mériterait d'être reconnue. Il a également considéré que son revenu sans invalidité en 2018 ne pouvait être inférieur à celui réalisé en 2014. Les heures supplémentaires qu'il avait accomplies devaient être prises en compte.

b. Le recourant a annexé le rapport du 23 juillet 2018 des ÉPI, dans lequel ces derniers ont relevé que, dans l'ensemble, les positions de travail étaient pour la plupart partiellement exploitables dans le marché ordinaire de l'emploi. Les activités étaient régulièrement interrompues par des mouvements antalgiques, le rythme de travail inférieur de moitié à ce qui était attendu, et la résistance et le tonus faibles. L'assuré, droitier, travaillait comme un mono-manuel du bras droit. Il maintenait son bras gauche en permanence avec une attelle, près du corps, et en position assise, ce bras était posé sur ses jambes ou sur l'établi. La mobilité très réduite de ce bras influençait significativement le temps d'exécution de toutes les activités pratiques, légères, simples et répétitives, seules accessibles.

Dans l'atelier de réentraînement (tâches simples et légères), les ÉPI ont observé que le fait de travailler avec une seule main engendrait une baisse significative du rythme de travail, influençant négativement la résistance physique et la polyvalence (l'assuré n'avait pu effectuer qu'une partie des opérations de montage de stylo).

En définitive, le faible rendement de l'assuré était dû à une gestuelle réduite à la seule utilisation du bras droit, à une sollicitation occasionnelle du bras gauche, à un tonus général faible à moyen et à l'absence de polyvalence. L'assuré avait quitté les ÉPI le 3 mai 2018, car il avait affirmé avoir mal au dos, au genou et aux cervicales. Un certificat médical attestait d'une incapacité de travail de 50% dès le 18 mai 2018. L'assuré n'avait pas terminé la mesure en raison d'une incapacité de travail totale dès le 13 juillet 2018 selon un certificat du Dr E_____. Dans ce contexte et selon leurs observations, les ÉPI ont conclu que l'assuré n'était pas apte à rejoindre le circuit économique ordinaire, car son rendement était inexploitable pour un placement en entreprise.

La mobilité des membres supérieurs n'était que partiellement exploitable. L'assuré ne travaillait pas avec le bras gauche. Les mouvements répétitifs amples qui sollicitaient l'épaule gauche ou s'effectuaient au-dessus de l'horizontale lui étaient difficiles. Tous les gestes étaient exécutés avec l'avant-bras gauche posé sur un support et sans solliciter l'épaule. Par contre, le bras droit (dominant) ne présentait aucune difficulté.

Sous la rubrique « éléments significatifs des capacités d'intégration sociale », les ÉPI ont mentionné que la capacité d'adaptation de l'assuré était faible. Son manque de polyvalence (trente ans dans la maçonnerie avec un profil de manœuvre), son niveau scolaire insuffisant, sa méconnaissance du français écrit et de l'informatique

conjuguées aux limitations fonctionnelles qui le cantonnaient à des activités quasi exclusivement mono-manuelles, constituaient des freins majeurs à sa reconversion professionnelle.

En ce qui concernaient les pistes professionnelles envisagées, les ÉPI ont retenu le métier d'opérateur dans l'industrie légère. Seules des tâches répétitives, très simples, sans responsabilité, sans technicité particulière pouvaient lui être confiées. Les emplois dans le domaine primaire, en tant qu'ils exigeaient une excellente condition physique, le port de charges répété et une bonne mobilité des membres supérieurs, étaient impossibles, de même que les emplois dans le domaine tertiaire, les métiers du transport, et le domaine de la sécurité (de type surveillance vidéo), lequel requérait systématiquement une excellente condition physique ainsi qu'une grande polyvalence.

Durant le stage en entreprise, qui avait consisté au montage de la contre came sur stylos, l'assuré n'avait pas pu réaliser le montage final de stylos ni le sertissage des stylos qui requéraient l'utilisation des deux bras. Sa résistance était faible et son rendement ne correspondait pas aux exigences du marché ordinaire. Il effectuait le montage des céramiques en plaçant les pièces une à une et le temps de réalisation était trois fois plus long que la norme. Ce type de poste (mono tâche) n'était pas représentatif du marché ordinaire, car la polyvalence était exigée pour pouvoir passer d'un poste à l'autre sur une chaîne de montage ou de conditionnement.

c. Le recourant a également joint le rapport d'expertise du 18 juin 2019 du docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui l'avait examiné le 11 juin 2019 à la demande de l'OAI. L'expert a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de status après fracture pluri-fragmentaire (4 fragments) de l'extrémité proximale de l'humérus gauche, associée à une luxation gléno-humérale le 22 octobre 2015, avec status après réduction à ciel ouvert et ostéosynthèse par plaque vissée de l'humérus proximal gauche le 26 octobre 2015, status après AMO de l'humérus proximal gauche et mise en place d'une prothèse totale inversée de l'épaule le 25 janvier 2017, status après infection de l'épaule gauche par staphylocoque epidermidis traitée par antibiothérapie de janvier à juillet 2017 et séquelles de capsulite rétractile de l'épaule gauche ; de gonarthrose gauche débutante, avec chondropathie de stade IV de la rotule gauche, chondropathie de stade I des compartiments fémoro-tibiaux interne et externe et méniscose de grade II des deux ménisques du genou gauche ; et de lombalgies chroniques, avec discopathies lombaires pluri-étagées prédominantes en L3-L4, troubles de la statique vertébrale sous forme d'une hypercyphose dorsale (angle selon Cobb à 50°) et discopathies dorsales pluri-étagées. Sans répercussion sur la capacité de travail, l'assuré présentait un tabagisme chronique et une probable tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec suspicion de tendinopathie du sus-épineux et suspicion de lésion du tendon du sous-scapulaire.

L'assuré se plaignait de douleurs dès qu'il essayait de mobiliser son épaule gauche, de douleurs lombaires quotidiennes, faibles au repos, qui augmentaient lorsqu'il marchait au-delà d'une heure à plat, lorsqu'il montait ou descendait les escaliers et les pentes. Les gonalgies à gauche, faibles lorsqu'il était assis, apparaissaient à la marche après une heure à plat, lors de la montée ou descente des escaliers et des pentes. Il pouvait rester en position debout statique environ trente minutes. Pour les douleurs lombaires, le médecin traitant avait prescrit un traitement conservateur sous forme de médicaments antalgiques et anti-inflammatoires, ainsi que des séances de physiothérapie, sans efficacité.

Après avoir procédé au status cardio-vasculaire, neurologique, ostéo-musculaire des membres supérieurs, de la colonne vertébrale et des membres inférieurs, l'expert a considéré que l'état actuel de l'épaule gauche était définitif, sans possibilité d'améliorer la mobilité et d'atténuer les douleurs. L'examen des poignets et des mains était dans la limite de la norme.

L'expert n'avait pas observé de signes d'exagération des symptômes.

Il a conclu que l'assuré ne pouvait plus exercer son activité habituelle de maçon depuis le 22 octobre 2015. Par contre, celui-ci était apte à effectuer une activité sédentaire ou semi-sédentaire parfaitement adaptée, alternant à sa guise la position debout et assise, permettant de courts déplacements à plat, évitant les positions à genoux ou accroupi, la montée ou descente des escaliers, les pentes à répétition, la marche en terrain irrégulier, le port de charges avec le bras gauche, ainsi que les mouvements répétés de l'épaule gauche. Droitier, l'assuré pouvait utiliser son membre supérieur droit sans limitation. Il pourrait travailler avec l'avant-bras gauche reposant sur un support en utilisant la main gauche.

Étant donné que l'assuré présentait une atteinte au membre supérieur gauche, au membre inférieur gauche et à la colonne vertébrale, de l'avis de l'expert, la capacité de travail de celui-ci dans une activité adaptée n'était pas complète, une diminution de 30% lui paraissait justifiée.

21. Par décision sur opposition du 5 février 2020, la SUVA a confirmé la décision du 2 mai 2019. Elle a accordé pleine valeur probante à l'appréciation du Dr D_____ du 29 septembre 2017, relevant que celle du Dr G_____, en tant qu'elle prenait en compte des atteintes à la santé qui n'étaient pas dues à l'accident du 22 octobre 2015, n'était pas propre à remettre en cause le profil des activités exigibles et la capacité de travail retenus par le médecin d'arrondissement. Elle a rappelé les conclusions de ce dernier exprimées dans son appréciation du 23 juillet 2018, et renoncé à mettre en œuvre l'expertise orthopédique sollicitée par l'assuré. Elle a souligné que l'abattement de 20 % sur le gain d'invalide témoignait de la gravité des séquelles accidentelles, mais qu'une déduction – maximale − de 25% était inopportune, dès lors que l'assuré pouvait encore mobiliser ses doigts de la main gauche et se servir sans restriction du membre supérieur droit.

En ce qui concernait le revenu sans invalidité, la SUVA a considéré que les valeurs communiquées par l'employeur les 6 novembre 2015 (déclaration de sinistre), 28 février 2017 et 15 février 2018 (courriers) − dont il ressortait que le salaire AVS de l'assuré était de CHF 5'502.-, majoré de CHF 458.50.- à titre de 13ème salaire, et de CHF 43.75.- à titre d'autres allocations pour les années 2015 à 2018 −, avaient le mérite de se baser sur la rétribution moyenne réalisable par l'assuré sur une période durable, alors que les décomptes de salaire au dossier (mars et octobre à décembre 2014, janvier à octobre 2015) révélaient un nombre fluctuant d'heures supplémentaires sur une période de quatorze mois, ne permettant pas de retenir, au degré la vraisemblance prépondérante, que l'assuré aurait continué à effectuer des heures supplémentaires si son état de santé le lui avait permis. L'accomplissement des heures supplémentaires traduisait plutôt une surcharge de travail de l'entreprise sans qu'il n'existât une adaptation contractuelle.

S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, la SUVA a relevé que le taux retenu de 25 % par le Dr D_____ dans son rapport du 29 septembre 2017 correspondait au taux maximal prévu par la table n°5 d'indemnisation en cas d'arthrose grave avec une mauvaise fonction, si bien qu'une expertise était superflue.

22. Par décision du 21 février 2020, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1er octobre 2016 au 30 juin 2018, qui serait versée à compter de décembre 2016 (pour le motif déjà exposé dans le projet de décision), puis d'un quart de rente dès le 1er juillet 2018.

    L'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales), qui a été enregistré sous le numéro de cause A/1190/2020.

23. Par acte du 9 mars 2020, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru contre la décision sur opposition du 5 février 2020 de la SUVA auprès de la chambre des assurances sociales, en concluant, sous suite de « frais » et dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire orthopédique, et principalement, à l'annulation de cette décision, et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité ainsi que d'une pleine indemnité pour l'atteinte à l'intégrité.

    Le recourant a exposé que son dossier n'avait pas été suffisamment instruit sur le plan médical. Il a réitéré le fait que l'appréciation du Dr D_____ du 29 septembre 2017 était dénuée de force probante, motif pris qu'elle émanait d'un service interne à l'assurance, et n'était pas fondée sur un examen complet du dossier ou de l'anamnèse. De plus, alors même que le médecin d'arrondissement constatait une mobilité très limitée de l'épaule, il retenait, sans explication, une pleine capacité de travail. Or, le Dr F_____ estimait qu'un séjour à la CRR était nécessaire pour déterminer ses limitations fonctionnelles et sa capacité de travail. En outre, le Dr D_____ s'écartait des conclusions du médecin traitant, ainsi que de celles des ÉPI et du Dr G_____, sans s'être prononcé sur sa capacité de travail suite au stage qu'il avait effectué auprès des ÉPI, qui s'était soldé par un échec. L'intimée ne

pouvait ignorer le rapport des ÉPI, quand bien même le stage avait été mis en place par l'OAI, dès lors que les données en ressortant étaient importantes pour juger sa réelle capacité de travail. Il convenait en conséquence de mandater un expert judiciaire orthopédiste pour que ce dernier se détermine sur les conclusions des ÉPI, délimite les limitations fonctionnelles liées à l'atteinte à l'épaule gauche consécutive à l'accident de celles découlant des gonalgies et des lombalgies, et statue sur leurs répercussions respectives sur sa capacité de travail, alléguant au surplus que son incapacité de travail était supérieure à celle retenue par le Dr G_____.

S'agissant du calcul de sa perte de gain, le recourant a estimé qu'il était erroné de retenir, à titre de revenu sans invalidité en 2018, un montant inférieur à celui qu'il avait obtenu en 2014, dernière année de travail complète avant l'accident. Indexé en 2018, celui-ci s'élevait à CHF 75'925.-. Il a considéré, en outre, que le taux d'abattement retenu de 20% était correct et tenait compte de son âge (56 ans), de ses années de service (vingt ans) comme maçon, du taux d'occupation et de ses limitations fonctionnelles étendues.

Le recourant a enfin sollicité que l'expert judiciaire se prononce également sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

24. Dans sa réponse du 17 avril 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Elle a indiqué que le rapport du Dr D_____ du 29 septembre 2017 reposait sur des constatations cliniques propres (mensurations, déshabillage/habillage, tests des mobilités et de la coiffe), sur l'étude des clichés, sur les plaintes du recourant, ainsi que sur les données anamnestiques. Le fait que le médecin d'arrondissement n'ait pas discuté en détail la raison pour laquelle l'exercice d'une activité adaptée à plein temps était exigible s'expliquait par la clarté de la situation médicale et des conclusions à en tirer : le recourant devait, certes, vivre avec une limitation sévère de l'épaule gauche, mais ne subissait aucune restriction au niveau de son membre supérieur droit. Ainsi, il pouvait en tant que droitier pratiquer des activités n'impliquant que l'usage de la main, du bras et de l'épaule droits ou des tâches permettant d'engager l'avant-bras gauche comme support, la mobilité des doigts de la main gauche n'étant pas limitée.

Elle a relevé que la valeur probante dudit rapport ne pouvait pas être remise en cause du seul fait qu'il avait été établi par son service interne. Seul le contenu de ce document était déterminant.

Elle a rappelé que, dans son rapport du 23 juillet 2018, le Dr D_____ avait retenu que les lombalgies et les douleurs rachidiennes, dont faisait état le Dr E_____ dans son attestation du 19 juillet 2018, n'étaient pas en rapport avec l'accident. Le Dr G_____ avait du reste mentionné que les douleurs lombaires remontaient à 1995 environ et s'étaient accrues spontanément depuis l'automne 2017. Elle a également souligné que l'appréciation d'un médecin traitant devait être évaluée avec une

certaine circonspection en raison de la relation de confiance qui l'unissait à son patient.

Dans ce rapport, le médecin d'arrondissement s'était par ailleurs interrogé sur le point de savoir si sa consigne (activités mono-manuelles) avait été respectée dans le cadre des « essais professionnels » aux ÉPI. Selon l'intimée, l'échec de la mesure professionnelle s'expliquait par le fait que le recourant avait été confronté à des tâches nécessitant les deux mains. De plus, à cette occasion, celui-ci, dont le niveau scolaire était insuffisant et qui avait témoigné d'une absence d'enthousiasme et de curiosité pour les activités proposées, avait montré une faible capacité d'adaptation et un manque de polyvalence, soit des facteurs dont l'assurance-accidents n'avait pas à répondre. Dans un tel contexte, le Dr D_____ n'avait pas d'autre explication à fournir que celle de rappeler qu'il subsistait, pour les seules séquelles objectives de l'accident, une pleine capacité de travail uniquement dans une activité favorisant les tâches mono-manuelles ou exonérant le membre supérieur gauche de sollicitations inadaptées. L'intimée a également considéré que la jurisprudence citée par le recourant en cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les médecins concernait l'assurance-invalidité et non pas l'assurance-accidents.

Ainsi, rien ne motivait la mise en œuvre d'une expertise orthopédique, et un deuxième séjour à la CRR n'apporterait aucun bénéfice au recourant au vu des observations du Dr F_____ dans son rapport du 9 octobre 2018.

L'intimée a enfin répété sa position antérieure s'agissant du revenu sans invalidité à prendre en compte, ainsi que du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, relevant à cet égard que le recourant n'apportait strictement aucun élément médical propre à mettre en doute le taux fixé à 25% par le Dr D_____, et que cette indemnité n'était versée à 100% qu'en cas de cécité totale ou de tétraplégie.

25. Dans sa réplique du 2 juillet 2020, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il a exposé que la définition de l'invalidité était identique en matière d'assurance-accidents et d'assurance-invalidité, puisque ces deux branches d'assurance étaient soumises à la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1). Ainsi, les principes jurisprudentiels applicables aux litiges relevant de l'assurance-invalidité s'appliquaient également à ceux liés à l'assurance-accidents. Partant, les renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage mis en œuvre par l'OAI ne pouvaient pas être écartés par le médecin d'arrondissement de l'intimée. Au contraire, un tel stage permettait d'observer les limitations fonctionnelles lors de la réalisation des tâches professionnelles et de déterminer la capacité de travail dans une activité adaptée.

Le recourant a réitéré qu'un expert judiciaire devait être mandaté pour qu'il indique les activités que celui-ci pourrait encore effectuer, d'autant que l'échec de son stage était dû au fait que le travail qui lui avait été confié impliquait l'usage des deux mains.

Le recourant a de plus allégué qu'il était motivé à tenter de se réadapter pour autant que l'activité soit adaptée à ses limitations fonctionnelles, précisant que son absence de motivation lors du stage aux ÉPI devait être recontextualisée, dès lors qu'il avait éprouvé de violentes douleurs à cette époque.

Il a produit un rapport du 23 janvier 2019 du Dr E_____, retenant les diagnostics de dorsalgies et lombosciatalgie gauche sur discopathie D12-L1 avec fissuration de l'anneau fibreux postérieur de L1 à L5, hernies intra-spongieuses étagées entre D12 et L4, et bombement circonférentiel L3-L4, depuis 1995; de fracture de la tête humérale de l'épaule gauche, ayant nécessité la mise en place d'une prothèse d'épaule inversée et d'importantes séquelles de l'articulation, telles qu'une capsulite rétractile ; de chondropathie de grade IV du genou gauche depuis quelques mois ; et de dépression nerveuse réactionnelle à ces pathologies. La capacité de travail résiduelle de l'assuré était nulle. Le médecin proposait une expertise orthopédique, et si nécessaire, rhumatologique et psychiatrique.

26. Dans sa duplique du 12 août 2020, l'intimée a maintenu ses conclusions.

    Elle a rappelé que le médecin d'arrondissement avait examiné le recourant le 25 septembre 2017 en vue de définir ses limitations fonctionnelles et le profil des activités exigibles. Le rapport dudit médecin, dont les conclusions s'avéraient convaincantes, satisfaisait aux critères jurisprudentiels pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Le Dr D_____ avait indiqué qu'il fallait privilégier l'exercice d'activités mono-manuelles. Le non-respect de cette consigne à l'occasion du stage aux ÉPI ne pouvait remettre en cause l'exigibilité retenue par ce médecin.

    Enfin, dans la mesure où elle n'avait pas à répondre des lombalgies et gonalgies ni de la dépression nerveuse réactionnelle rapportées par le Dr E_____ le 23 janvier 2019, l'intimée a fait valoir qu'il se justifiait de déroger en l'espèce au principe selon lequel l'évaluation de l'invalidité par différentes assurances sociales ne doit pas aboutir à des résultats dissemblables sans justes motifs.

27. Invité à formuler d'éventuelles observations, le recourant ne s'est pas manifesté dans le délai imparti.

28. Par courrier du 2 mars 2021, la chambre des assurances sociales a invité le Dr G_____ à lui faire savoir s'il partageait l'avis du Dr D_____ du 29 septembre 2017 au sujet de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée.

29. Par lettre du 5 mars 2021, le Dr G_____ a répondu qu'il était d'accord avec l'estimation de la capacité de travail retenue par son confrère compte tenu uniquement de l'atteinte à l'épaule gauche. Son appréciation, lors de l'expertise réalisée en juin 2019, différait de celle du Dr D_____, dans la mesure où il avait pris en compte les multiples limitations fonctionnelles engendrées par la lésion à l'épaule gauche, les lombalgies chroniques ainsi que la gonarthrose à gauche.

30. Par pli du 8 mars 2021, le recourant a indiqué avoir été surpris que le courrier du 2 mars écoulé ait été adressé au Dr G_____, sans qu'il n'ait été interpellé pour lui poser des questions dans le cadre de son droit d'être entendu. Il a réitéré qu'il contestait la valeur probante de son expertise et qu'il sollicitait une expertise judiciaire.

31. a. Par ordonnance du 12 mars 2021, la chambre des assurances sociales a ordonné, moyennant l'accord de l'assuré, l'apport du dossier de l'assurance-invalidité produit par l'OAI dans la procédure A/1190/2020.

b. Selon les décomptes de salaire figurant dans ce dossier relatifs aux années 2014 à 2016 (de janvier à mai 2016 incluant les indemnités journalières accident), l'assuré avait effectué des heures supplémentaires en mars 2014 et mars 2015. La rémunération mensuelle assujettie aux cotisations sociales comprenait, outre le salaire mensuel (CHF 5'477.- en 2014, CHF 5'502.- en 2015 et 2016), une indemnité de pause, ainsi qu'un supplément de salaire en mai, juin, juillet, septembre, octobre 2014, et mai, juin, août 2015 afférant à l'utilisation de bottes sur le chantier.

Le revenu brut mensuel s'élevait, en 2014, à CHF 5'580.60.- en janvier, CHF 5'139.25 en février, CHF 6'988.75 en mars, CHF 5'621.40 en avril, CHF 5'639.95 en mai, CHF 5'914.35 en juin, CHF 5'660.10 en juillet, CHF 5'594.20 en août, CHF 5'640.75 en septembre, CHF 5'654.50 en octobre, CHF 5'635.85 en novembre et CHF 11'190.50 en décembre.

En 2015, il était de CHF 5'552.65 en janvier, CHF 5'686.90 en février, CHF 6'394.35 en mars, CHF 5'647.05 en avril, CHF 5'757.25 en mai, CHF 5'836.55 en juin, CHF 5'550.55 en juillet, CHF 5'861.05 en août, CHF 5'653.95 en septembre, CHF 5'661.55 en octobre, CHF 4'259.55 en novembre et CHF 9'998.05 en décembre.

c. Dans une communication du 15 février 2019, l'OAI avait informé le recourant avoir confié une expertise au Dr G_____. Il avait joint les questions qu'il lui poserait et avait imparti au recourant un délai pour qu'il formule d'éventuelles questions complémentaires.

d. Dans une note du 12 juillet 2019, la division réadaptation professionnelle de l'OAI avait fixé le revenu sans invalidité de l'assuré à CHF 74'917.-, correspondant à la moyenne des salaires des cinq dernières années précédant l'incapacité de travail, ressortant du compte individuel AVS de l'assuré (soit CHF 71'296.- en 2010, CHF 72'470.- en 2011, CHF 69'449.- en 2012, CHF 74'062.- en 2013 et CHF 72'221.- en 2014), indexé en 2018. Le revenu avec invalidité s'élevait à CHF 40'121.-, ce qui correspondait au salaire d'un homme travaillant à plein temps avec un rendement diminué de 30% dans une activité de niveau 1, tous secteurs confondus (total), selon le tableau TA1 de l'ESS 2016, adapté à la durée normale hebdomadaire de travail (41,7 heures), indexé en 2018, et réduit de l'abattement de 15% retenu pour tenir compte des années de service, de l'activité légère seule

possible (mono-manuelle) et du taux d'occupation. Il en résultait un degré d'invalidité de 46,4%.

32. Dans ses observations du 7 avril 2021, l'intimée a indiqué ne pas comprendre les raisons pour lesquelles l'OAI avait estimé le gain sans invalidité sur la base des revenus perçus par le recourant entre 2010 et 2014, alors que l'employeur, à la demande de cette autorité, avait affirmé que le revenu mensuel s'élevait à CHF 5'502.-. Cette rémunération, versée treize fois l'an, était d'ailleurs mentionnée par l'employeur dans la déclaration de sinistre ainsi que dans ses courriers des 28 février 2017 et 15 février 2018. Une indexation des salaires sur l'année 2018 s'avérait de surcroît incorrecte, puisque la rétribution perçue par le recourant n'avait pas évolué entre 2015 et 2018 selon les deux courriers précités.

    Elle a répété que les heures supplémentaires n'étaient que ponctuelles et ajouté que le supplément de salaire afférant à l'utilisation de bottes sur le chantier était à l'échelle d'une année d'une faible importance. Dans ces conditions, il fallait s'en tenir aux données communiquées par l'ancien employeur.

    Elle a relevé que le rapport d'expertise du Dr G_____, complété et précisé par courrier du 5 mars 2021, était probant, de sorte qu'une nouvelle expertise était inutile.

    Elle a souligné que l'évaluation de l'invalidité par l'OAI n'avait pas de force contraignante pour l'assurance-accidents, rappelant n'avoir à répondre que des séquelles accidentelles à l'épaule gauche et avoir déjà expliqué les motifs pour lesquels elle avait appliqué un abattement de 20 % sur le revenu d'invalide.

33. Dans ses observations du 30 avril 2021, le recourant a en substance exposé que l'OAI avait à juste titre retenu un revenu sans invalidité de CHF 74'917.- sur la base de la moyenne des salaires des cinq dernières années précédant l'incapacité de travail, permettant ainsi de tenir compte des heures supplémentaires réalisées, lesquelles augmentaient le revenu annuel soumis aux cotisations.

34. Sur ce, 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 connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la LPGA 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.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

4. Le 1er 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, soit le 22 octobre 2015, 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.

5. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

   Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai prévus par la loi, le recours formé le 9 mars 2020 contre la décision sur opposition du 5 février 2020, notifiée le lendemain, est recevable, compte tenu du report au lundi 9 mars 2020 de l'échéance du délai de recours tombée sur le samedi 7 mars 2020 (art. 38 al. 3 LPGA).

6. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-accidents supérieure au taux de 25% et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure au taux de 25 % retenus par l'intimée.

7. 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.

   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).

8. 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).

   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, 1ère phrase, LAA).

   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, 2ème 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).

Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3; arrêt du Tribunal fédéral 8C_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). Ni la simple possibilité d'un résultat positif d'un autre traitement médical, ni un progrès thérapeutique seulement insignifiant escompté d'autres mesures thérapeutiques comme une cure thermale ne donnent droit à leur mise en œuvre. Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (p. ex. une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (RAMA 2005 n° U 557 p. 388, arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1).

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

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

l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

Ainsi, en principe, 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).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des

médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations y compris d'ordre médical qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêts du Tribunal fédéral 9C_65/2019 du 26 juillet 2019 consid. 5 et 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.3). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (arrêts du Tribunal fédéral 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.35/03 du

24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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).

11. a. En l'occurrence, l'état de santé du recourant est stabilisé, malgré la prise de comprimés antidouleurs et la prescription de physiothérapie (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1), depuis le 25 septembre 2017, date de l'examen final effectué par le Dr D_____, médecin d'arrondissement de l'intimée, qui a observé que le résultat clinique était mauvais avec une mobilité de l'épaule gauche très limitée, sans qu'une amélioration ne puisse en être attendue. Le Dr G_____, expert mandaté par l'OAI, est du même avis, ainsi que cela ressort de son rapport d'expertise du 18 juin 2019, auquel la chambre des assurances sociales a attribué un caractère probant dans le cadre de la procédure A/1190/2020 opposant le recourant à l'OAI.

    b. Il n'est pas contesté par l'intimée ni contestable que le recourant ne peut plus exercer son activité habituelle de maçon en raison de son atteinte à l'épaule gauche consécutive à l'accident survenu le 22 octobre 2015.

    En ce qui concerne la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, l'intimée, s'appuyant sur le rapport d'examen final du Dr D_____ du 29 septembre 2017, ainsi que sur l'appréciation de ce médecin du 23 juillet 2018, l'évalue à 100 % dans une activité essentiellement mono-manuelle droite, sans baisse de rendement.

    Le recourant, se référant aux rapports de ses médecins traitants, à celui des ÉPI du 23 juillet 2018, ainsi qu'à celui du Dr G_____ du 18 juin 2019, conteste cette position.

    Or, les conclusions du Dr D_____, prises à l'issue d'un examen clinique du recourant, dont les plaintes ont été prises en compte, complété par l'étude du dossier, y compris les radiographies, et donc en connaissance de ses limitations, emportent la conviction. En conséquence, contrairement à ce que fait valoir le recourant, le simple fait que ce spécialiste soit le médecin d'arrondissement de l'intimée ne permet pas d'écarter son appréciation.

    Les conclusions du Dr G_____, selon lesquelles le recourant dispose d'une capacité de travail résiduelle de 70 %, ne contredisent pas celles du Dr D_____,

contrairement à ce que pense le recourant, dès lors que le premier a inclus dans son analyse les répercussions des limitations fonctionnelles liées aux lombalgies et gonalgies, soit des atteintes non accidentelles, dont l'intimée n'a pas à répondre.

Il est vrai que, d'après les observations des Drs D_____ et G_____ ainsi que des ÉPI, le recourant ne peut pas travailler avec le bras gauche, ou seulement avec l'avant-bras gauche reposant sur un support en utilisant la main gauche, étant précisé que la main gauche, en tant que telle, est dans la limite de la norme selon l'expert, et qu'il n'existe aucune limitation au niveau de la mobilité des doigts à gauche selon le médecin d'arrondissement. Cela étant, le membre supérieur droit (dominant) ne présente aucune restriction, comme l'ont mis en évidence les Drs D_____ et G_____ ainsi que les ÉPI. Pour cette raison, le Dr G_____ partage l'opinion du Dr D_____ selon laquelle une capacité de travail totale dans une activité strictement adaptée (mono-manuelle droite) subsiste (cf. son courrier du 5 mars 2021). Ainsi, à l'inverse de ce que soutient le recourant, le fait que le médecin d'arrondissement ait constaté une mobilité très limitée de l'épaule gauche n'exclut pas une pleine capacité de travail dans une activité adaptée mono-manuelle droite. C'est le lieu de rappeler qu'il existe un large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger) adaptées de type mono-manuel sur le marché équilibré du travail (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_849/2017 du 5 juin 2018 consid. 3.2).

Par ailleurs, certes, le stage de réadaptation professionnel, durant lequel le recourant percevait des indemnités journalières de l'OAI, était de nature à influencer le degré d'invalidité déterminant pour l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.90/01 du 21 octobre 2002 consid. 2.3), raison pour laquelle l'intimée a attendu la fin de cette mesure pour statuer sur le droit du recourant à une rente d'invalidité LAA (art. 19 al. 1, 1ère phrase, LAA). Cela étant, les conclusions des ÉPI, qui estiment que le recourant n'est pas en mesure d'exercer une activité lucrative dans le circuit économique ordinaire, ne sauraient l'emporter sur celles du Dr D_____, bien que ce dernier n'ait pas pris connaissance du rapport des ÉPI.

En effet, après avoir examiné, entre autres, les capacités physiques du recourant, les ÉPI ont retenu le métier d'opérateur dans l'industrie légère, où celui-ci pourrait effectuer des tâches répétitives, très simples, sans responsabilité et sans technicité particulière. Or, quand bien même les ÉPI savaient que le recourant ne peut pratiquer que des activités quasi exclusivement mono-manuelles, ils l'ont placé en stage d'observation dans un secteur (le montage de la contre came sur stylos) nécessitant l'usage des deux bras, et n'étant donc pas adapté à son état de santé. Dans son courrier du 23 juillet 2018, le Dr D_____ a du reste souligné que son appréciation antérieure demeure valable tant et aussi longtemps que le recourant exerce une activité mono-manuelle droite, ce qui n'a précisément pas été le cas durant le stage de réadaptation professionnelle. En outre, l'absence de polyvalence du recourant, compte tenu du fait qu'il a œuvré depuis trente ans dans le métier de

maçon et qu'il n'a pas pu réaliser toutes les opérations de montage durant son stage – étant rappelé, inadapté −, n'est pas déterminant, dès lors que, selon la jurisprudence précitée, il existe un large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger) adaptées de type mono-manuel sur le marché équilibré du travail, ne nécessitant aucune formation spécifique (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_789/2016 du 5 avril 2017 consid. 5.2; 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).

Outre cela, contrairement aux allégations du recourant, le Dr D_____ ne s'est pas écarté, sans justification, des conclusions du Dr E_____, puisque ce dernier, dans ses rapports et certificats d'arrêt de travail, a pris en compte d'autres atteintes d'origine maladive. Or, le recourant ne conteste pas que seule l'affection de son épaule gauche est d'origine accidentelle, à la charge de l'intimée. De surcroît, dans son rapport du 23 janvier 2019, le Dr E_____, lui-même, préconisait une expertise orthopédique, laquelle a été confiée par l'OAI au Dr G_____, dont les conclusions rejoignent celles du Dr D_____ s'agissant des seules séquelles de l'accident.

Enfin, contrairement à ce que prétend le recourant, dans son rapport du 9 octobre 2018, le Dr F_____ n'a pas recommandé un séjour à la CRR pour déterminer ses limitations fonctionnelles et sa capacité de travail, mais uniquement pour que celui-là bénéfice de thérapies physiques ainsi que pour une évaluation de l'efficacité des antalgiques, après avoir retenu, à titre de diagnostic, une omalgie et impotence fonctionnelle persistante de l'épaule gauche évoquant une capsulite rétractile, soit une pathologie déjà connue (voir le rapport de la CRR du 22 juin 2016 résumé par le Dr D_____).

c. Au vu de ce qui précède, la mise sur pied d'une expertise judiciaire orthopédique, sollicitée par le recourant, est, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a), inutile, de sorte que la chambre des assurances sociales n'y donnera pas suite.

Il sera, à toutes fins utiles, précisé que le recourant a eu la faculté d'exercer son droit d'être entendu lors de la mise en œuvre de l'expertise orthopédique du 11 juin 2019, puisque l'OAI lui avait accordé un délai pour qu'il pose ses éventuelles questions complémentaires au Dr G_____ (cf. communication de l'OAI du 15 février 2019). Dans le cadre de la présente procédure, c'est essentiellement pour préciser un point de l'expertise ordonnée par l'OAI au sujet de la capacité de travail résiduelle du recourant que, par pli du 2 mars 2021, la chambre de céans a invité le Dr G_____ à lui indiquer s'il était d'accord avec l'avis du Dr D_____. À cet égard, le recourant a pu exercer son droit d'être entendu (ATF 141 V 557 consid. 3.1), notamment en se déterminant par écrit, y compris le 30 avril 2021, soit après réception du courrier du 5 mars 2021 du Dr G_____.

d. En définitive, la chambre des assurances sociales admet, avec le Dr D_____, que le recourant est apte à exercer à temps plein une activité mono-manuelle, uniquement de la main droite.

12. a. Il convient à présent d'examiner le degré d'invalidité présenté par le recourant.

b. 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).

c. 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).

d. 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).

e. 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 (ATF 135 V 297 consid. 5.2; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

Dans ce cas, 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). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3). À cet égard, l'ESS 2018 a été publiée le 21 avril 2020; et l'ESS 2016, le 26 octobre 2018 (étant précisé que le tableau T1_tirage_skill_level a été corrigé le 8 novembre 2018).

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 toutefois précisé que le Tribunal fédéral a laissé ouverte la question de savoir si, dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, le critère de l'âge 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 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202; cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_661/2018 du 28 octobre 2019 consid. 3.3.4.2. et 8C_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.2 et les références citées).

L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret constitue une question typique relevant du pouvoir d'appréciation, qui est soumise à l'examen du juge de dernière instance uniquement si la juridiction cantonale a exercé son pouvoir d'appréciation de manière contraire au droit, soit si elle a commis un excès positif ("Ermessensüberschreitung") ou négatif ("Ermessensunterschreitung") de son pouvoir d'appréciation ou a abusé ("Ermessensmissbrauch") de celui-ci (ATF 146 V 16 consid. 4.2; 137 V 71 consid. 5.1), notamment en retenant des critères inappropriés, en ne tenant pas compte de circonstances pertinentes, en ne procédant pas à un examen complet des circonstances pertinentes ou en n'usant pas de critères objectifs (ATF 135 III 179 consid. 2.1; 130 III 176 consid. 1.2).

Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est 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, dans un cas concret, a adoptée dans l'exercice de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. À cet égard, le juge des assurances sociales ne peut pas, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 précité consid. 5.2 et l'arrêt cité).

f. L'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.15/06 du 21 décembre 2006 consid. 2.2). 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). Si le Tribunal fédéral a confirmé le caractère uniforme de la notion d'invalidité dans les différentes branches d'assurance, il a renoncé à la pratique consistant à accorder en principe plus d'importance à l'évaluation effectuée par l'un des assureurs sociaux, indépendamment des instruments dont il dispose pour instruire le cas et de l'usage qu'il en a fait dans un cas concret. Certes, il faut éviter que des assureurs procèdent à des évaluations divergentes dans un même cas. Mais même si un assureur ne peut en aucune manière se contenter de reprendre, sans plus ample examen, le taux d'invalidité fixé par un autre assureur, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Toutefois, il convient de s'écarter d'une telle évaluation lorsqu'elle repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore lorsqu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. À ces motifs de divergence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité. Enfin, un assureur social ne saurait être contraint, par le biais des règles de coordination de l'évaluation de l'invalidité, de répondre de risques qu'il n'assure pas, notamment, pour un assureur-accidents, une invalidité d'origine maladive non-professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.406/01 du 28 novembre 2002 consid. 1.2).

13. a. En l’espèce, dans la mesure où l’OAI a inclus dans son appréciation du cas des atteintes non imputables à l’accident, c’est à juste titre que l’intimée ne s’est pas référée au degré d’invalidité établi par l’OAI, et a procédé à sa propre évaluation.

b. Pour la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente de l’assurance-accidents (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.311/02 du 4 février 2003 consid. 4.1), soit en l’occurrence en juillet 2018 lorsque la mesure de réadaptation professionnelle de l’assurance-invalidité a

pris fin (art. 19 al. 1, 1ère phrase, LAA ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_66/2020 du 14 avril 2020 consid. 3.2). Partant, la comparaison des revenus déterminants doit se faire au regard de l'année 2018, comme l'a fait à juste titre l'intimée.

c/aa. S'agissant du revenu annuel sans invalidité que le recourant aurait pu obtenir en 2018 dans son ancienne activité de maçon s'il n'avait pas été atteint dans sa santé, l'intimée s'est basée sur les données communiquées par l'ancien employeur dans la déclaration d'accident du 6 novembre 2015, ainsi que dans les courriers des 28 février 2017 et 15 février 2018, aux termes desquels le revenu annuel du recourant s'élèverait en 2018 à CHF 72'051.-, en intégrant au salaire mensuel de base, le montant de CHF 458.80 à titre du treizième salaire, ainsi qu'un montant de CHF 43.75 à titre d'autres allocations.

Or, ce dernier montant ne figure pas dans les décomptes de salaire. Du reste, on constate que le revenu de CHF 72'051.- est inférieur à celui de l'année précédente (2014, soit CHF 74'260.-), alors que le salaire mensuel de base avait augmenté en 2015 (passant de CHF 5'477.- à CHF 5'502.-). En particulier, le salaire brut réalisé par le recourant entre janvier et octobre 2015 – avant l'atteinte à la santé − se chiffrait à CHF 57'601.85 (soit CHF 5'552.65 en janvier, CHF 5'686.90 en février, CHF 6'394.35 en mars, CHF 5'647.05 en avril, CHF 5'757.25 en mai, CHF 5'836.55 en juin, CHF 5'550.55 en juillet, CHF 5'861.05 en août, CHF 5'653.95 en septembre et CHF 5'661.55 en octobre), montant qui est supérieur à celui touché en 2014 durant la même période, lequel s'élevait à CHF 57'433.85 (soit CHF 5'580.60.- en janvier, CHF 5'139.25 en février, CHF 6'988.75 en mars, CHF 5'621.40 en avril, CHF 5'639.95 en mai, CHF 5'914.35 en juin, CHF 5'660.10 en juillet, CHF 5'594.20 en août, CHF 5'640.75 en septembre et CHF 5'654.50 en octobre, d'après les décomptes de salaire au dossier). C'est dire que le recourant aurait à tout le moins perçu, sans atteinte à la santé, le revenu annuel de l'année précédant l'accident, soit CHF 74'260.-. Partant, le revenu de CHF 72'051.-, pris en compte par l'intimée, ne reflète pas la situation économique concrète du recourant avant la survenance de son accident.

c/bb. Cela étant dit, on ne saurait se fonder sur le revenu annuel ressortant du certificat de salaire de l'année 2015 (soit CHF 72'323.-), dès lors que celui-ci, obtenu postérieurement à l'atteinte à la santé, est influencé par celle-ci. En effet, en novembre et décembre 2015, le revenu brut, qui comprenait également les indemnités journalières versées par l'assureur-accidents, s'élevait à CHF 4'259.55, respectivement à CHF 9'998.05, contre CHF 5'635.85, respectivement CHF 11'190.50 en 2014.

c/cc. On ne saurait non plus, comme le voudrait le recourant (et comme l'a fait l'OAI), procéder à la moyenne des revenus réalisés entre 2010 et 2014 selon les données résultant du compte individuel AVS.

Selon la jurisprudence, on se base, pour fixer le revenu sans invalidité, sur le revenu moyen réalisé pendant une assez longue période lorsque le revenu est soumis à des

fluctuations très importantes à relativement court terme (RCC 1985 p. 474). Si l'assuré a effectué des heures supplémentaires en nombre très variable et en l'absence d'invalidité, il ne faut alors pas se fonder pour le calcul du revenu sans invalidité sur le revenu de l'année précédente, mais sur une valeur moyenne calculée sur plusieurs années (arrêt du Tribunal fédéral 9C_979/2012 du 26 mars 2013 consid. 4).

Or, en l'occurrence, on ne saurait considérer que le revenu du recourant a fortement fluctué entre 2010 et 2014. Son compte individuel AVS fait état d'un revenu de CHF 71'296.- en 2010, de CHF 72'470.- en 2011, de CHF 69'449.- en 2012, de CHF 74'062.- en 2013 et de CHF 72'221.- en 2014. Or, il n'est pas exclu que la variation – légère − du revenu entre 2010 et 2011 soit consécutive à une augmentation du salaire de base. La variation de salaire entre 2013 et 2014 n'est pas importante, et la légère baisse en 2012 paraît isolée. Par ailleurs, le certificat de salaire de l'année 2014 mentionne un revenu brut de CHF 74'260.-, et non de CHF 72'221.-. Il apparaît donc que le revenu inscrit au compte individuel AVS pour 2014 est inexact, de sorte qu'on ne peut se fier à ces données. En outre, dans la mesure où le recourant a effectué des heures supplémentaires uniquement aux mois de mars 2014 et mars 2015, on ne saurait admettre qu'il a accompli un nombre très variable d'heures supplémentaires pour le compte de son employeur qui justifierait de procéder à une moyenne des salaires sur la période courant de 2010 à 2014.

c/dd. Dans ces circonstances, il convient de se référer au revenu annuel de l'année précédant l'accident, soit CHF 74'260.-, montant que le recourant aurait à tout le moins obtenu en 2015 sans atteinte à la santé, comme on l'a dit plus haut.

c/ee. Contrairement à ce que fait valoir l'intimée, il y a lieu d'indexer ce montant à 2018 – année déterminante pour procéder à la détermination du degré d'invalidité −, dès lors que selon le tableau T1.1.10, publié par l'OFS ; https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/travail-remuneration/salaires-revenus-cout-travail/evolution-salaires.assetdetail.16904716.html), les salaires nominaux des hommes dans le domaine de la construction ont augmenté, et ce comme suit: + 0,4 % en 2016 ; + 0,3 % en 2017 et + 0,5 % en 2018 (ligne 41-43 de ce tableau ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_821/2019 du 14 octobre 2020 consid. 4.4.2). À cet égard, il y a lieu d'écarter les courriers de l'ancien employeur des 28 février 2017 et 15 février 2018, selon lesquels la rémunération du recourant n'aurait pas évolué entre 2015 et 2018, puisque, comme on l'a relevé plus haut, ces documents contiennent des erreurs.

Le revenu sans invalidité s'élève donc à CHF 75'154.61 (74'260.- + 297.04 en 2016 = 74'557.04 + 223.67 en 2017 = 74'780.71 + 373.90 en 2018 = 75'154.61).

d. Quant au revenu avec invalidité, il y a lieu de se fonder sur les salaires résultant de l'ESS, dès lors que le recourant n'a pas repris d'activité lucrative.

En ce qui concerne l'année de référence des tableaux statistiques à appliquer, l'ESS 2018 n'était pas encore publiée (elle l'a été le 21 avril 2020) au moment

déterminant de la décision du 5 février 2020. Aussi convient-il de se référer à la version 2016, publiée le 26 octobre 2018 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3).

Le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités physiques ou manuelles simples (niveau de compétence 1) dans le secteur privé. Vu que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, il y a lieu d'admettre qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4) si ce n'est une phase initiale d'adaptation et d'apprentissage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_766/2017, 8C_773/2017 du 30 juillet 2018 consid. 8.6 et la référence). Il n'est pas irréaliste de retenir qu'il existe, parmi la large palette d'activités considérées, un emploi adapté à la situation du recourant sur un marché du travail équilibré. Cette notion est certes théorique et abstraite mais elle est inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2).

D'après l'ESS 2016, le revenu statistique tiré d'activités physiques ou manuelles simples s'élève à CHF 5'340.- par mois (tableau TA1_tirage_skill_level, niveau 1, total, homme, part au 13ème salaire comprise) ou à CHF 64'080.- par année (5'340 × 12). Ce salaire hypothétique se base toutefois sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises. Il convient dès lors de l'ajuster à la durée hebdomadaire normale de travail en 2016 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1), laquelle est de 41,7 heures (tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'Office fédéral de la statistique), ce qui porte le salaire annuel à CHF 66'803.40 (64'080 × 41,7 / 40).

Après adaptation de ce montant à l'évolution des salaires nominaux pour les hommes en 2018 − année déterminante pour la comparaison des revenus − (+ 0,4 % en 2017 ; + 0,5 % en 2018 selon la ligne « total » du tableau T1.1.10 publié par l'OFS), le revenu avec invalidité s'élève à CHF 67'405.96 (66'803.40 + 267.21 en 2017 = 67'070.61 + 335.35 en 2018 = 67'405.96) pour un plein temps.

e. En procédant à l'abattement de 20 % retenu par l'intimée afin de tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant, taux qui n'est pas contesté par ce dernier, le revenu d'invalide s'élèverait à CHF 53'924.77 (67'405.96 - 13'481.19 ; 13'481.19 = 67'405.96 × 20 / 100).

Comparé au revenu sans invalidité de CHF 75'154.61, il en résulterait un degré d'invalidité de 28,25 % ([75'154.61- 53'924.77] / 75'154.61× 100), arrondi à 28 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2), taux supérieur à celui arrêté par l'intimée (25 %).

f. Cela étant, la chambre de céans constate que l'abattement de 20 % sur le revenu d'invalide est excessif.

En effet, à titre d'exemples, dans un arrêt 9C_522/2011 du 8 février 2012 (rendu en matière d'assurance-invalidité), le Tribunal fédéral a jugé que si des facteurs tels que l'âge (47 ans au jour de la décision litigieuse) ou la nationalité (suisse) n'étaient pas de nature à influer sur les perspectives salariales de l'assurée, dont la capacité de travail était entière dans une activité adaptée, il n'en était pas de même avec les limitations fonctionnelles dont celle-ci était affectée (atteinte au poignet droit excluant les travaux de force avec le membre supérieur droit, le port de charges supérieures à 1 kg avec la seule main droite, les activités manuelles répétitives ou nécessitant des mouvements du poignet et les activités de stabilisation du membre supérieur droit dans des activités bimanuelles; atteinte à l'épaule gauche excluant tout travail au-delà d'un plan horizontal, les mouvements d'abduction/adduction répétés, le port de charges supérieures à 5 kg avec le membre supérieur gauche et de 6 kg en bimanuel; atteinte au rachis lombaire, excluant les mouvements répétés de flexion/extension, les attitudes en porte-à-faux, le port de charges supérieurs à 6 kg, les positions statiques au-delà de trente minutes et assises au-delà d'une heure). La somme de ces limitations, en tant qu'elle réduisait à sa portion la plus congrue l'emploi des membres supérieurs, singulièrement de la main droite (dominante), constituait selon le Tribunal fédéral un désavantage certain par rapport à des travailleurs capables de supporter un effort prolongé et d'utiliser sans entrave leurs deux mains, de sorte qu'une déduction globale de 20 % (au moins) s'imposait (consid. 3.2 et 3.5).

Une unilatéralité de fait ou une restriction de la main dominante peut justifier un abattement compris entre 20 % et 25 % (arrêts du Tribunal fédéral 9C_363/2017 du 22 juin 2018 consid. 4.3 et 9C_396/2014 du 15 avril 2015 consid. 5.2).

Dans un arrêt 8C_471/2017 du 16 avril 2018, qui concernait un assuré, âgé de 58 ans au moment de la décision litigieuse, ayant travaillé exclusivement dans le secteur de la restauration au cours des trente-cinq années précédant son accident, le plus souvent comme barman, ayant subi une fracture de la 2^{e} phalange du 4^{e} doigt de la main gauche (non dominante), nécessitant une réduction ouverte et une ostéosynthèse par deux vis de compression, avec une évolution compliquée par une algoneurodystrophie, et entraînant des limitations dans toutes les activités nécessitant les mouvements répétitifs ainsi que l'habilité manuelle fine et les efforts de la main gauche, mais n'empêchant pas l'assuré de disposer d'une capacité de travail totale dans une activité purement mono-manuelle droite, le Tribunal fédéral a estimé qu'un abattement de 10 % tenait suffisamment compte des limitations présentées par l'assuré et a annulé le jugement cantonal qui avait porté le taux d'abattement à 15 % (consid. 5.3).

En l'espèce, au regard en particulier de cette dernière casuistique, similaire au présent cas en termes de capacité de travail résiduelle et de limitations fonctionnelles, l'abattement de 20 % retenu par l'intimée apparaît trop élevé, dans la mesure où le recourant ne présente pas une restriction de la main dominante. En aucun cas, une déduction supérieure à un taux de l'ordre de 15 % ne se justifie −

étant relevé que celui-ci dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, et non pas d'un taux d'occupation réduit.

Outre cela, pour autant que le critère de l'âge soit déterminant en assurance-accidents, l'âge du recourant (né le 6 avril 1964), soit 54 ans au moment déterminant du droit à la rente le 1er juillet 2018, qui lui laisse onze ans d'activité jusqu'à la survenance de l'âge de la retraite (soit 65 ans révolus pour les hommes [art. 21 al. 1 let. a de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 20 décembre 1946 [LAVS – RS 831.10]), ne justifie pas d'abattement, puisque le recourant est encore éloigné de l'âge à partir duquel le Tribunal fédéral reconnaît généralement que ce facteur peut être déterminant et nécessite une approche particulière (cf. arrêt 8C_175/2020 du 22 septembre 2020 consid. 4.2 rendu en matière d'assurance-accidents, qui concerne un assuré âgé de 59 ans au moment de la naissance du droit à la rente).

Du reste, du moment que les activités adaptées envisagées ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique, les effets pénalisants au niveau salarial, induits par l'âge, ne peuvent pas être considérés comme suffisamment établis. Les emplois non qualifiés sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur le marché équilibré du travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018, 8C_131/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2 et les références).

En outre, le critère de la nationalité du recourant, au bénéfice d'une autorisation d'établissement en Suisse (permis C), ne justifie pas non plus d'abattement sur le salaire statistique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_855/2014 du 7 août 2015 consid. 5), d'autant qu'il ne l'a pas empêché de trouver un emploi en Suisse et que les salaires statistiques sont établis en fonction de la population résidente aussi bien suisse qu'étrangère (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.640/00 du 16 avril 2002 consid. 4d/bb [résumé in : REAS 2002 p. 308]).

Par ailleurs, l'influence de la durée de service diminue dans la mesure où les exigences d'un emploi dans le secteur privé sont moins élevées. Ainsi, un abattement pour années de service n'est pas justifié, comme en l'espèce, dans le cadre du niveau de compétences 1 dès l'ESS 2012 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_883/2015, 8C_884/2015 du 21 octobre 2016 consid. 6.3.2 et les références).

Au regard de ces éléments, force est de constater que l'évaluation globale de l'abattement ne permettait pas de retenir une déduction supérieure à un taux de l'ordre de 15 %.

Dans ce cas de figure, le revenu d'invalide de CHF 57'295.07 (CHF 67'405.96 – CHF 10'110.89; 10'110.89 = 67'405.96 × 15 %), comparé au revenu sans invalidité de CHF 75'154.61, donnerait un degré d'invalidité de 23.76 % ([75'154.61-57'295.07] / 75'154.61× 100), arrondi à 24 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

Dans la mesure où ce taux est légèrement inférieur à celui admis par l'intimée (25 %), la chambre de céans renonce, comme elle en a la faculté, à une *reformatio in pejus* (ATF 119 V 249 consid. 5).

g. Au vu de ce qui précède, il convient de confirmer le taux d'invalidité de 25 % fixé par l'intimée.

14. a. Reste à déterminer si le recourant peut prétendre à une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure au taux de 25 % retenu par l'intimée.

b. Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2, 1ère phrase). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1ère phrase); elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2ème phrase). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence, etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d).

c. Selon l'art. 36 OLAA édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1ère phrase); elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2ème phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2).

Cette disposition a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.401/06 du 12 janvier 2007 consid. 2.2). Le caractère durable de l'atteinte doit être à tout le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 124 V 29 consid. 4b/cc). Quant au caractère important de l'atteinte, le ch. 1 de l'annexe 3 à l'OLAA précise que les atteintes à l'intégrité qui sont inférieures à 5 % selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Il faut en conclure qu'une atteinte est réputée importante si elle atteint au moins ce pourcentage (Thomas FREI et Juerg P. BLEUER, Évaluation d'atteintes à l'intégrité multiples, in SUVA Medical 2012, p. 202).

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

d. L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 113 V 218 consid. 2a; RAMA 1988 p. 236) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb).

L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré (ch. 1, 1ère phrase, de l'annexe 3 à l'OLAA). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte (ch. 1, 2ème phrase, de l'annexe 3 à l'OLAA).

La Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA ou SUVA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur www.suva.ch). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3; ATF 124 V 209 consid. 4.cc; ATF 116 V 156 consid. 3).

e. D'après la table 5 d'indemnisation de la SUVA relative au taux d'atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses, l'atteinte à l'intégrité se situe entre 10-25 % en cas d'arthrose grave de l'épaule (gléno-humérale ; cf. https://www.suva.ch/fr-CH/materiel/documentation/tableau-05-atteinte-a-l-integrite-resultant-d-arthroses).

15. En l'espèce, après avoir étudié le dossier du recourant, y compris radiologique, et procédé à son examen clinique, le Dr D_____ a, dans son rapport du 29 septembre 2017, indiqué, en connaissance des limitations de celui-ci, que l'atteinte à la santé consistait en une arthrose grave avec une mauvaise fonction. Le médecin a retenu la fourchette la plus élevée en application de la table 5 précitée.

    Aucun avis médical au dossier ne permet de mettre en doute l'appréciation probante du Dr D_____.

    Par conséquent, par appréciation anticipée des preuves (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3), il convient de renoncer à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire requise par le recourant.

    Aussi le taux de l'atteinte à l'intégrité arrêté à 25 % sera-t-il confirmé.

16. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté.

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

    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

Sylvie CARDINAUX — 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