

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 mars 2021

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Piguet et Mme Durussel, juges
Greffière : Mme Parel

Cause pendante entre :

S. _____, à [...], recourant, représenté par Me David Métille, avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée.

Art. 16 LPGA

E n f a i t :

A. S._____, né en 1963, au bénéfice d'un permis C, sans formation professionnelle (ci-après : l'assuré ou le recourant), a travaillé comme jardinier-paysagiste au sein de l'entreprise C._____ (ci-après : l'employeur) depuis 1987. En cette qualité, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, la SUVA ou l'intimée).

Le 11 mai 2017, alors qu'il circulait à vélo, l'assuré a fait une chute en se réceptionnant sur l'épaule droite. La consultation au service des urgences a mis en évidence une fracture-arrachement du tubercule majeur sur luxation gléno-humérale antéro-inférieure droite entraînant une incapacité totale de travail. La CNA a pris à sa charge les suites de l'événement du 11 mai 2017, avec notamment le versement d'une indemnité journalière de 183 fr. 30 par jour calendaire à compter du 14 mai 2017.

Sur la déclaration d'accident établie le 16 mai 2017, l'employeur a notamment indiqué que le taux d'occupation de l'assuré était de 100 % et que son horaire de travail hebdomadaire était de 44.5 heures pour un salaire horaire de 30 fr. 20, vacances par 13.04 % et 13^{ème} salaire par 8.33 % en sus.

Devant la persistance des douleurs et une impotence fonctionnelle, une arthro-IRM a été réalisée le 26 mai 2017, qui a montré une rupture massive des tendons sus- et sous-épineux de l'épaule droite, une tendinite du long chef du biceps et un conflit sous-acromial. L'assuré a été opéré le 6 juillet 2017 par le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui a procédé à une arthroscopie de l'épaule droite avec une acromioplastie antérieure et antéro-latérale, fixation par voie mini open des tendons sus et sous-épineux, ténodèse du long chef du biceps et décompression sous-acromiale. La suite du traitement a consisté en la prise d'antalgiques et en séances de physiothérapie.

L'assuré a été examiné le 27 février 2018 par le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie et médecin conseil de la CNA. Il ressort de son rapport du même jour que le tableau clinique évoquait une rupture itérative de la coiffe des rotateurs. Le Dr Z._____, a dès lors proposé à l'assuré un séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) tout en relevant que cette mesure serait vraisemblablement insuffisante pour permettre à l'intéressé de reprendre son activité de jardinier-paysagiste.

L'assuré a été pris en charge à la CRR du 5 avril au 9 mai 2018 pour des thérapies physiques et fonctionnelles pour omalgies droites. Un ultrason de l'épaule droite a été effectué le 13 avril 2017 qui a révélé une tendinopathie chronique post-opératoire du supra-épineux, infra-épineux et long chef du biceps et bourse sous-acromio-deltoïdienne droite. Dans leur rapport final, les médecins ont indiqué s'attendre à une stabilisation d'ici 1 à 3 mois. Selon eux, le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de paysagiste était à court terme envisageable si l'évolution favorable se maintenait. Les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes : pas d'activité prolongée ou répétitive au-dessus du plan des épaules, pas d'activité prolongée ou répétée avec le membre supérieur droit en porte-à-faux, pas de port répétitif de charges lourdes, un lever du sol à hauteur de la taille de maximum 20 kg et un lever de la taille à hauteur de la tête de maximum 12.5 kg. En accord avec l'assuré, une reprise thérapeutique à 50 % a été fixée à compter du 11 juin 2018.

Le 18 mai 2018, l'employeur a produit un récapitulatif des salaires perçus par l'assuré en 2016 et 2017.

Il ressort notamment du procès-verbal d'entretien établi par un collaborateur de la CNA le 24 mai 2018 que l'assuré a confirmé que l'horaire de travail moyen sur l'année était bien de 44.5 heures par semaine, l'horaire variant, selon les saisons entre 8 et 10 heures par jour. Le collaborateur a relevé que l'assuré comprenait et s'exprimait bien en français.

Le 24 mai 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

Après une tentative de reprise de son activité à 50 %, l'assuré a été mis en incapacité totale de travail à compter du 21 juin 2018. L'IRM de l'épaule droite du 29 juin 2018 a mis en évidence une « re-rupture du tendon du supra-épineux, une intégrité conservée des tendons de l'infra-épineux et du sous-scapulaire, un status post ténodèse du long chef du biceps, l'existence d'une bursite sous-acromio-deltoïdienne et des altérations dégénératives gléno-humérales et acromio-claviculaires ».

Le 16 octobre 2018, la CNA a informé le Dr P. _____ que son médecin conseil approuvait la proposition d'intervention chirurgicale formulée le 3 octobre précédent (plastie scapulaire supérieure de stabilisation au fascia lata dans un but antalgique).

Par courrier du 31 octobre 2018, l'employeur a mis fin au contrat de travail de l'assuré avec effet au 31 décembre suivant.

Le 13 décembre 2018, le Dr P. _____ a procédé à la révision de la coiffe de l'épaule droite avec adhésiolyse de la coiffe, complément de décompression sous-acromiale, plastie capsulaire supérieure à l'aide du fascia lata prélevé à la cuisse homolatérale et refixation partielle des tendons sous- et sus-épineux.

Le 24 janvier 2019, l'ancien employeur de l'assuré a indiqué à la CNA que, sans atteinte à la santé, l'assuré aurait perçu en 2019 un salaire horaire de 30 fr. 60, que le 13^{ème} salaire était de 8,33 % et que l'horaire hebdomadaire de travail était de 44.5 heures.

Les 1^{er} février et 3 mars 2019, le Dr P. _____ a indiqué à la CNA que l'assuré pourrait tirer bénéfice d'un nouveau séjour à la CRR pour un reconditionnement.

L'assuré a séjourné à la CRR du 4 juin au 3 juillet 2019 pour des thérapies physiques et fonctionnelles pour omalgies droites. Dans leur rapport du 5 juillet 2019, les Drs X._____, chef de clinique spécialiste en médecine physique et réadaptation, et O._____, médecin assistante, ont indiqué que l'assuré avait été évalué par un spécialiste de l'épaule, lequel ne proposait aucune nouvelle intervention ni révision chirurgicale, la poursuite d'un traitement conservateur pour renforcement musculaire étant conseillée. Ils ont exposé que l'assuré avait été pris en charge dans les ateliers professionnels de la CRR durant des périodes allant jusqu'à 2 heures consécutives sur des activités légères, lesquelles avaient été limitées par les douleurs décrites par l'intéressé. Celui-ci avait compris qu'un changement professionnel devait avoir lieu et s'était dit intéressé par un soutien quant à une réorientation professionnelle. Ils ont relevé que l'assuré s'était toutefois montré très focalisé sur ses douleurs. Selon les médecins de la CRR, la stabilisation médicale était attendue dans le délai de 1 à 3 mois. Ils ont retenu les limitations fonctionnelles en lien avec l'épaule droite pratiquement définitives suivantes : toute activité en hauteur répétitive ou maintenue, les activités en porte-à-faux avec le membre supérieur droit et le port de charges lourdes répétitives de plus de 10-15 kg. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de jardinier était défavorable dès lors qu'il s'agissait d'une activité lourde et contraignante pour l'épaule. Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus mentionnées, le pronostic pour une réinsertion était favorable avec une capacité de travail exigible de 100 %.

Le 2 octobre 2019, l'assuré a été examiné par le Dr Z._____. Dans son rapport du même jour, celui-ci a notamment indiqué ce qui suit à la rubrique « Appréciation » :

« Objectivement, l'épaule D (réd. : droite) est souple, sensible à la mobilisation en fin de course, avec des signes du conflit qui semblent négatifs. Le Jobe est assez bien tenu, sans douleurs importantes. La force en rotation externe est diminuée par rapport à G (réd. : gauche) mais elle reste assez conséquente et le sous-scapulaire semble toujours fonctionnel. On retrouve un status après ténodèse du LCB (réd. : long chef du biceps). La mobilité active est un peu en retrait mais passivement, les amplitudes articulaires sont

facilement améliorables d'une vingtaine de degrés. A hauteur de ceinture, le patient a conservé une bonne force.

Les RX (réd. : radiographies) du 06.06.2019 montrent une ascension de la tête humérale et une omarthrose débutante.

Du point de vue thérapeutique, il n'y a pas grand-chose à proposer. La poursuite de la physiothérapie à raison d'une séance par semaine peut se concevoir jusqu'à la fin de l'année.

Les limitations fonctionnelles ont été précisées lors du dernier séjour à la CRR.

Dans une activité respectant ces limitations, il est clair que la capacité de travail est entière.

M. S. _____ a bien compris cela. Il va chercher un emploi mieux adapté. Il a déjà quelques idées.

Si on se réfère à la table 5 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N° 2870/5.f-2000, un taux de 15 % peut être retenu par analogie à une omarthrose D de gravité moyenne.

Cette estimation prend en compte une certaine aggravation prévisible. »

Par courrier du 4 octobre 2019, la CNA a mis fin à la prise en charge des frais médicaux et au versement de l'indemnité journalière avec effet au 31 octobre suivant.

Par décision du 22 novembre 2019, la CNA a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) fondée sur un taux de 15 % et a nié le droit de l'intéressé à une rente pour le motif que le degré d'invalidité de 8 % était inférieur au minimum légal de 10 %. A cet égard, elle a notamment considéré ce qui suit :

« Il ressort de nos investigations, notamment sur le plan médical, que vous êtes à même d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie, à la condition d'éviter par rapport à l'épaule droite toute activité en hauteur répétitive ou maintenue, les activités en porte-à-faux avec le membre supérieur droit, sans port de charges lourdes, répétitives de plus de 10-15 kg. Une telle activité est exigible toute la journée. En prenant comme base les chiffres du niveau de compétences 1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) et en tenant compte d'une réduction de 5 % pour les limitations fonctionnelles dont vous souffrez, un salaire de CHF 64'356.00 (part du 13^{ème} incluse) peut encore être réalisé. Comparé au gain de CHF 70'276.00 que vous réaliseriez sans l'accident, il en résulte une perte de gain de 8 %.

Une diminution notable de la capacité de gain due à l'accident n'existe pas. Nous ne pouvons dès lors pas allouer de rente d'invalidité. »

Par courrier du 7 janvier 2020 de CAP Compagnie d'Assurance de Protection juridique SA, l'assuré a formé opposition à la décision de la CNA du 2 novembre 2019. Il a contesté les revenus sans et avec invalidité retenus par la CNA. En ce qui concerne le revenu sans invalidité, il a fait valoir que c'est le salaire assuré au moment de l'accident, soit 83'624 fr. 05 tel que ressortant du décompte d'indemnités journalières pour l'année 2017 qui aurait dû être pris en compte et non les données transmises par son ancien employeur. S'agissant du revenu avec invalidité, il a relevé que l'abattement de 5 % était insuffisant au vu des nombreuses limitations fonctionnelles qu'il présentait et qui étaient difficiles à appliquer dans l'industrie. A cet égard, il a également fait valoir qu'il était incohérent de retenir une « baisse de rendement » de 5 % tout en admettant une atteinte à l'intégrité de 15 %.

Par écriture de son mandataire du 20 janvier 2020, l'assuré a complété son opposition par la production du rapport médical établi le 16 janvier 2020 par le Dr P. _____ à la demande dudit mandataire, qui a la teneur suivante :

« Suite à votre demande du 10.12.2019, je suis en mesure de répondre à vos questions.

- **Selon vous, la diminution de rendement de 5 % retenue par la Suva, au vu des limitations fonctionnelles drastiques subies, est-elle adéquate ?**

L'estimation de la diminution de rendement paraît en effet faible compte tenu des limitations fonctionnelles conséquentes.

- **Selon vous, le taux de 15 % retenu à titre d'atteinte à l'intégrité en relation avec le diagnostic posé est-il correct ?**

Oui, par analogie avec l'omarthrose, cela semble correct selon le barème usuel. »

A la demande de la CNA, l'ancien employeur de l'assuré a indiqué, le 28 janvier 2020, que, sans atteinte à la santé celui-ci aurait perçu en 2019 un salaire horaire de 30 fr. 60, plus 8,33 % au titre de 13^{ème}

salaire et que son horaire de travail aurait été de 44.5 heures hebdomadaires.

Le 30 janvier 2020, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait droit à des mesures professionnelles et qu'il prenait en charges une mesure de « réhabilitation sous la forme d'ateliers et de stages en entreprise » pour la période allant du 27 janvier au 31 juillet 2020, frais de déplacement, de repas et indemnités journalières en sus.

Selon l'extrait de compte individuel AVS produit le 17 février 2020, l'assuré a perçu les revenus soumis à cotisation suivants :

- 2012 : 69'525 francs.
- 2013 : 59'598 francs.
- 2014 : 70'701 francs.
- 2015 : 74'591 francs.
- 2016 : 67'443 francs.

Par décision sur opposition du 19 février 2020, la CNA, a rejeté l'opposition et confirmé la décision de sa division prestations du 21 novembre 2019. Après avoir relevé que l'assuré contestait uniquement le revenu sans atteinte à la santé ainsi que le taux d'abattement retenu dans la fixation du revenu d'invalidé, elle a notamment considéré ce qui suit (sic) :

« Contrairement à ce qu'allègue l'assuré le taux d'abattement n'équivaut pas nécessairement pas au taux d'atteinte à l'intégrité. Il s'agit de deux choses bien différentes. Le premier permet de tenir compte des spécificités de l'assuré dans le monde du travail et le deuxième permet d'indemniser une atteinte portée à son intégrité physique ou psychique. Dans le cas d'espèce, une réduction du salaire statistique ne justifie qu'en raison des limitations fonctionnelles présentées par l'assuré. Les autres critères n'étant manifestement pas remplies. En effet, selon le Dr Z. _____, l'assuré est limité dans l'amplitude de mouvement de l'articulation de son épaule droite, mais à hauteur de ceinture, ce dernier a conservé une bonne force puisqu'il peut soulever 10 kg. Il y a également lieu de noter que l'assuré ne rencontre pas de difficulté particulière avec le français, est au bénéfice d'une longue expérience professionnelle et d'un titre de séjour valable. Ainsi, le taux d'abattement de 5 % retenu dans la décision attaquée correspond à la situation particulière de l'assuré, lequel peut malgré son handicap effectué à plein temps des tâches légères et ceci sans baisse de rendement (cf.

pour des cas comparables : arrêts du Tribunal fédéral 8C_661/2018 du 28 octobre 2019, cons. 3.3.4.2 et 3.3.4.3 ; 8C_661/2018 du 28 octobre 2019 et 8C_173/22016 du 17 mai 2016.

Cela étant, conformément à ce qu'a retenu la division prestations d'assurance de la Suva, le revenu d'invalidé de l'assuré est de CHF 64'355.85.- (part du 13^{ème} salaire incluse).

S'agissant du revenu de valide, la division prestations d'assurance l'a fixé à CHF 70'276.- (CHF 30.60 x 2120 x 108.33 %). L'assuré conteste ce montant et soutient que celui-ci devrait être de CHF 83'624.05.-.

En l'occurrence, dans la déclaration d'accident du 16 mai 2017, l'employeur de l'assuré a indiqué que l'assuré effectuait un horaire hebdomadaire de 44.5h. Par courrier du 15 janvier 2019, l'employeur de l'assuré a déclaré qu'en 2019, il aurait versé CHF 30.60 de l'heure plus 8.33% pour les vacances pour 44.5 h hebdomadaire. L'horaire indiqué par l'employeur dans le courrier précité et la déclaration d'accident du 16 mai 2017 dépassant largement l'horaire hebdomadaire de 42.2 h prévu par la CCT Paysagistes et entrepreneurs de jardins du canton de Vaud (ci-après : la CCT), lequel a force obligatoire, des doutes quant à l'exactitude de ces informations sont nés. Pour dissiper ceux-ci, un extrait du compte individuel de l'assuré a été requis auprès de la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS. Il en est ressorti qu'en 2017, l'assuré a obtenu un revenu de CHF 8'513.- et qu'au cours des cinq précédentes années précédant l'accident, il a obtenu les revenus suivants : 2016 (67'443.-), 2015 (74'591.-), 2014 (70'701.-), 2013 (59'598.-) et en 2012 (69'525.-). En ne tenant pas compte de l'année 2017, on parvient à une moyenne de CHF 68'372.-. Ce résultat n'est guère éloigné du salaire tel que calculé par la division prestations d'assurance, à savoir CHF 70'276.- (CHF 30.60 x 2120 x 108.33 %). En retenant CHF 83'624.05, soit le montant annuel des indemnités journalières qu'il a perçu au cours de l'année suivant son accident, l'assuré semble perdre de vue le fait que le mode de calcul de l'indemnité journalière n'est pas le même que celui du revenu de valide. Dans le calcul du revenu de valide, on ne tient pas compte de l'allocation pour enfant. Par ailleurs, l'assuré n'explique pas ce qui justifie la différence entre ses allégations et le salaire indiqué dans son extrait de compte individuel.

Ainsi, conformément à ce qu'a retenu la division prestations d'assurance, le revenu de valide de l'assuré est de CHF 70'276.-.

La comparaison entre le revenu d'invalidé de CHF 64'355.85.- et le gain de valide de CHF 70'276.- laisse subsister une incapacité de gain de 8%, ce qui est inférieur au taux minimum de 10% donnant droit à une rente d'invalidité. »

B. Par acte du 19 mars 2020 de son conseil, Me David Métille, avocat à Lausanne, S._____ a recouru contre la décision sur opposition de la CNA du 19 février 2020 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud. Il conclut à la réforme de la décision

attaquée en ce sens, à titre principal, que l'intimée doit lui verser une rente de 21 % à compter du 1^{er} novembre 2019, subsidiairement à ce qu'elle doit lui verser une rente de 19 % dès le 1^{er} novembre 2019. Il fait valoir, en substance, en ce qui concerne le revenu sans atteinte à la santé, que selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, celui-ci doit être déterminé de la manière la plus concrète possible, selon les informations fournies par l'employeur et qu'à ce titre devaient être pris en compte les indemnités versées au titre du 13^{ème} salaire, des vacances et des jours fériés. Ainsi, selon le recourant, le revenu annuel de valide s'articulerait comme suit : « CHF 30.60 x 44.5 heures/semaine x 52 semaines (vacances et jours fériés payés) + 8.33% : CHF 76'706.74. » A titre subsidiaire, en application « d'une manière stricte la méthodologie ressortant de l'arrêt du TF 8C_520/2016 », ce calcul se présenterait comme suit :

« CHF 30.60 + 13.04% (= 6.78 semaine) = CHF 34.59 de salaire horaire

CHF 34.59 x 44.5 heures/semaine x 45.22 semaines (52 semaines - 6.78 semaines) + 8.33% = CHF 75'403.22. »

Le recourant reproche ainsi à la CNA de ne pas avoir tenu compte de l'horaire hebdomadaire usuel de 44.5 heures au sein de l'entreprise C._____ et d'avoir voulu limiter le nombre d'heures hebdomadaires en se fondant sur une moyenne théorique dans la branche de 2'120, correspondant à une moyenne hebdomadaire de 40.76 heures, ceci pour autant que les vacances et jours fériés soient effectivement compensés. En outre, le recourant fait valoir que pour calculer le gain assuré à la base du montant des indemnités journalières, à savoir 183 fr. 30 par jour calendaire, l'intimée a obtenu ce montant de la façon suivante : « (CHF 30.20 x 44.5 h [taux horaire] x 52 semaines [vacances et jours fériés payés] + 8,33% (13^{ème} salaire) + (CHF 660.00 d'allocations familiales x 12) x 80%) : 365 jours = CHF 183,29 » et que, ce faisant, la CNA a considéré que le montant du salaire annuel, hors allocations familiales, correspondait à 75'704 fr. 05 au moment de la survenance de l'accident, étant rappelé que le salaire horaire s'élevait à 30 fr. 20. Enfin, le recourant fait grief à l'intimée de s'être référée à la moyenne (68'372 fr.) des revenus obtenus les cinq années précédant l'événement du 11 mai 2017

tels qu'ils ressortent du certificat individuel AVS, en exposant qu'elle a ainsi fait fi des prestations d'assurances sociales qu'il a perçues à compter de novembre 2016, qui échappent à toute déduction au niveau des assurances sociale et ne figurent donc pas dans les relevés des salaires soumis à l'AVS. En ce qui concerne le taux d'abattement opéré par l'intimée sur le revenu théorique ESS, le recourant fait valoir, après avoir cité une casuistique reposant sur des arrêts rendus par le Tribunal fédéral en la matière, que le taux d'abattement de 5 % retenu par l'intimée ne vaut que pour des assurés ayant assumé un poste à responsabilité, ce qui n'est pas son cas. Il fait valoir que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, un taux de déduction de 10 % au moins devrait être opéré sur le revenu obtenu à partir des données ESS dès lors qu'il présente un taux d'atteinte à son intégrité corporelle de 15 %, qu'il a exercé le même emploi durant près de 30 ans, est sans formation, maîtrise le français de façon modérée, ainsi que cela ressort d'un rapport « MIP » de l'OAI du 6 janvier 2020.

Par réponse du 22 juin 2020, la CNA a conclu au rejet du recours. A titre liminaire, elle relève que l'art. 15 al. 2 LAA distingue clairement le gain assuré pour le calcul des indemnités journalières et le revenu de valide : le premier est le dernier salaire que l'assuré a reçu avant l'accident tandis que le second est le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident. Le recourant est donc infondé à soutenir qu'elle aurait sombré dans l'arbitraire en différenciant les deux calculs. Pour le surplus, en ce qui concerne le revenu sans invalidité, elle expose que la Convention collective de travail des paysagistes et entrepreneurs de jardins du canton de Vaud du 1^{er} janvier 2007 (ci-après : la CCT) et son avenant n° 7 étendant son champ d'application au 31 décembre 2020 a force obligatoire sur le territoire cantonal pour les entreprises ou parties d'entreprises dont l'activité est du ressort de la branche paysagère et qui créent ou entretiennent des jardins dans un but lucratif. L'ancien employeur de l'assuré ayant son siège social dans le canton de Vaud, elle est applicable au présent cas. Or, selon la CCT, pour un taux d'activité de 100 %, l'employeur paye 2'120 heures par année civile complète, les heures étant réparties suivant les mois,

respectivement les saisons (cf. avenant n° 7, art. 4). La durée hebdomadaire de travail peut varier et l'indication de « 36.25 heures au minimum » et « 45 heures au maximum » témoignent de l'amplitude possible des horaires hebdomadaires. En d'autres termes, si le nombre d'heures peut être fluctuant de mois en mois en raison des périodes de travail, il n'en demeure pas moins que la durée répartie sur l'année doit correspondre à 2'120 heures. Cela étant, l'intimée est d'avis que l'horaire hebdomadaire de 44.5 heures indiqué par l'employeur tant dans la déclaration d'accident qu'ultérieurement n'est corroboré par aucune autre pièce au dossier. Se référant aux fiches de salaire figurant au dossier, elle constate par ailleurs que les heures effectuées par l'assuré durant les années considérées ont été en-deça des 2'120 heures mentionnées dans la CCT. L'intimée en conclut qu'en arrêtant le revenu de valide à 70'276 fr. (30 fr. 60 x 2'120 heures : 108,33 %), elle s'est conformée à la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière. Quant aux griefs du recourant concernant le taux d'abattement de 5 % opéré pour fixer le revenu d'invalidé, elle considère qu'ils sont infondés. D'une part, la jurisprudence mentionnée par le recourant pour que soit reconnu un taux d'abattement de 10 % serait sans pertinence car se rapporterait à une atteinte à la cheville, ferait référence à l'indemnité pour l'atteinte à l'intégrité ou à un poste à responsabilité. L'intimée considère que le niveau de formation et la maîtrise de la langue ne justifient pas en l'espèce d'abattement dans la mesure où les activités adaptées auxquelles elle s'est référée sont des activités simples et répétitives (compétence 1) ne nécessitant aucune formation ni expérience professionnelle spécifique. Ainsi, seules les limitations fonctionnelles du recourant sont susceptibles de justifier un abattement. En l'occurrence, dans son appréciation du 2 octobre 2019, le médecin d'arrondissement a déclaré que le recourant présentait des limitations fonctionnelles dans toute activité en hauteur répétitive ou maintenue, dans les activités en porte-à-faux avec le membre supérieur droit et le port de charges lourdes ou répétitives de plus de 10 à 15 kg. Le recourant disposant d'une pleine capacité de travail dans une activité à ses limitations fonctionnelles, un abattement de 5 % est conforme à la jurisprudence (TF 8C_112/2020 du 13 mai 2020 consid. 7.3 notamment). Cela étant, la comparaison entre le

revenu de valide de 70'276 fr. et celui d'invalidé de 64'355 fr. 85 aboutit à une diminution de la capacité de gain de 8 %, taux inférieur au minimum légal requis de 10 % ouvrant le droit à une rente.

Par déterminations du 14 juillet 2020, le recourant a confirmé ses conclusions. Il conteste l'appréciation de l'intimée relative au revenu de valide selon laquelle il n'aurait jamais effectué 44.5 heures hebdomadaires, estimant qu'en retenant un maximum d'heures hebdomadaires de 2'120, la CNA a passé sous silence les 30 jours de vacances et les 9 jours fériés auxquelles la CCT lui donnait droit. Le recourant persiste par conséquent à reprocher à l'intimée de ne pas avoir calculé le revenu sans invalidité sur une base de 44.5 heures hebdomadaires. Quant au taux d'abattement, le recourant fait valoir que la jurisprudence citée par l'intimée ne concerne pas des assurés dans une situation comparable à la sienne, à savoir sans formation professionnelle et n'ayant exercé qu'une seule activité professionnelle. Il relève par ailleurs que l'arrêt 8C_314/2019 du 10 septembre 2019 cité par l'intimée constitue un cas « tout à fait exceptionnel et contradictoire à la jurisprudence du Tribunal fédéral en présence d'un assuré sans qualifications professionnelles ». Cela étant, le recourant persiste à considérer qu'un abattement de 10 % doit être opéré sur les salaires statistiques, « ceci sur la base d'une grande majorité d'arrêts rendus par le TF en la matière ».

Par déterminations du 19 août 2020, l'intimée a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours. En ce qui concerne les griefs du recourant relatifs tant à son horaire de travail (revenu de valide) qu'au taux d'abattement retenu pour fixer le revenu d'invalidé, elle renvoie en substance à sa réponse du 20 juin 2020.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1)

s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité pour les suites de l'accident du 11 mai 2017. Singulièrement, il s'agit d'examiner si l'intimée était fondée à déterminer le revenu d'invalidité en tenant compte d'un abattement de 5 % sur le revenu d'invalidité et d'un revenu sans invalidité de 70'276 fr. pour aboutir à un taux d'invalidité de 8 % n'ouvrant pas le droit à une rente (art. 18 al. 1 LAA). D'emblée, il convient de relever que le recourant ne conteste pas la stabilisation du cas d'un point de vue thérapeutique, ni la fin du versement des indemnités journalières avec effet au 31 octobre 2019. Il ne remet pas non plus en question le revenu d'invalidité déterminé sur la base des données statistiques provenant de l'ESS ni le taux appliqué à l'IPAI.

3. Les modifications introduites par la novelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, sont applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

4. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré - ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3) - et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

c) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA par renvoi de l'art. 18 al. 1 LAA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (première phrase). En cas d'incapacité de travail de longue durée,

l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (deuxième phrase).

d) Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1). Dans la mesure où ces revenus 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 (TF 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références citées ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2).

e) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75).

5. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur

provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). Il n'est au demeurant pas lié par les faits constatés dans la décision litigieuse (Jean Métral, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, 2018, n. 63 ad art. 61 LPGa).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

c) D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la CNA n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi, raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure

d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

6. Le recourant conteste le gain sans invalidité retenu par l'intimée, soit 70'276 francs.

a) Dans un premier grief, le recourant reproche à l'intimée de ne pas avoir repris les indications de son employeur quant à son horaire hebdomadaire de travail et, ce faisant, de ne pas avoir respecté la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière, selon laquelle ces données doivent être prises en compte pour fixer le revenu au plus près de la réalité. Ainsi, il prétend que le revenu annuel de valide s'articulerait ainsi : « CHF 30.60 x 44.5 heures/semaine x 52 semaines (vacances et jours fériés payés) + 8.33% : CHF 76'706.74. » A titre subsidiaire, il prétend qu'en application « d'une manière stricte la méthodologie ressortant de l'arrêt du TF 8C_520//2016 », ce calcul se présenterait comme suit :

« CHF 30.60 + 13.04% (= 6.78 semaine) = CHF 34.59 de salaire horaire
CHF 34.59 x 44.5 heures/semaine x 45.22 semaines (52 semaines - 6.78 semaines) + 8.33% = CHF 75'403.22. »

Il convient d'emblée de constater que le grief du recourant quant au nombre d'heures hebdomadaires retenu par l'intimée pour fixer le revenu sans invalidité est dépourvu de fondement. Celle-ci s'est en effet fondée sur la durée de travail annuelle telle que fixée par la Convention collective de travail des paysagistes et entrepreneurs de jardin du Canton de Vaud (ci-après : la CCT), dans sa version du 1^{er} janvier 2018 (et son avenant 7), laquelle a force obligatoire. Dite CCT ayant fixé la durée de travail à 2'120 heures par année civile complète pour un poste à 100 %, ce qui correspond à 42.2 heures hebdomadaires, c'est à juste titre que l'intimée n'a pas retenu l'horaire de 44.5 heures hebdomadaires indiqué par l'ancien employeur du recourant. Cet horaire allégué n'est corroboré

par aucune autre pièce du dossier. Bien au contraire, même si on fait abstraction de l'année 2016 où l'assuré a reçu des prestations de l'assurance-accidents, son décompte individuel AVS démontre clairement que qu'il n'a jamais travaillé 2'120 heures par année eu égard au salaire horaire qu'il percevait entre 2012 et 2015 et qui ne saurait être supérieur au salaire horaire de 30 fr. 20 qu'il recevait en 2017. Les récapitulatifs de salaire produits mènent à la même constatation.

b) Dans un deuxième grief, le recourant prétend que pour calculer son droit à la rente, l'intimée devait se fonder sur les mêmes chiffres que ceux qu'elle avait utilisés pour calculer l'indemnité journalière. Il fait valoir que lorsque la CNA a calculé l'indemnité journalière à laquelle il avait droit, elle a procédé au calcul suivant : « CHF 30.20 x 44.5 h [taux horaire] x 52 semaines [vacances et jours fériés payés] + 8.33% (13^{ème} salaire) + (CHF 660.00 d'allocations familiales x 12) x 80%) : 365 jours = CHF 183.29 ». Ainsi, de l'avis du recourant, elle a considéré que le montant annuel de son salaire, hors allocations familiales, correspondait à 75'704 fr. 05 pour un salaire horaire de 30 fr. 20.

Force est de constater que le recourant perd de vue que les bases de calcul pour l'indemnité journalière et celles pour le droit à la rente sont différents de par la loi. S'il est vrai que selon l'art. 15 LAA, les indemnités journalières et les rentes sont calculées d'après le gain assuré (al. 1), les bases de calcul dans le temps du gain assuré sont différentes pour l'indemnité journalière et pour la rente (art. 15 al. 2 LAA). Est réputé gain assuré pour le calcul des indemnités journalières le dernier salaire que l'assuré a reçu avant l'accident (art. 15 al. 2, première phrase, LAA), y compris les éléments de salaire non encore perçus et auxquels il a droit (art. 22 al. 3 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Est déterminant en revanche pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident (al. 2).

c) Dans un troisième grief, le recourant conteste que l'intimée se soit fondée sur la moyenne des revenus soumis à l'AVS des cinq années

précédant l'accident de 2017 pour calculer son gain sans invalidité, en faisant valoir qu'il a eu un accident en 2016 et que le revenu indiqué sur son compte individuel AVS pour cette année-là n'est pas fiable.

La Cour de céans constate que l'intimée ne s'est pas fondée sur les données figurant sur le compte individuel AVS pour fixer le revenu sans invalidité, mais qu'elle a simplement indiqué que le résultat de son calcul n'était pas très éloigné du montant qui ressortirait de la moyenne des revenus des cinq années précédant l'accident. Le moyen tombe donc à faux.

d) Au vu de ce qui précède, le revenu sans invalidité, tel que fixé par l'intimée à hauteur de 70'276 fr., doit être confirmé.

7. a) S'agissant du revenu d'invalidé, le recourant critique le taux d'abattement de 5 % retenu par l'intimée sur le revenu statistique ESS.

b) Pour rappel, l'intimée s'est fondée sur l'ESS pour déterminer le revenu avec invalidité, prenant comme référence le salaire versé à un homme dans le secteur privé avec un niveau de compétence 1, correspondant à des tâches simples ne nécessitant pas de formation particulière, soit un salaire mensuel de 5'340 fr. (ESS 2016, TA 1, niveau de qualification 1 ; l'ESS 2018 n'étant pas encore publiée à la date de la décision attaquée). Comme relevé au considérant 2 ci-dessus, ce point n'est d'ailleurs pas contesté par le recourant.

Dans la mesure toutefois où les données de l'ESS pour l'année 2018 sont à présent disponibles, il y a lieu de se référer à cette version plus récente. En effet, le moment de la naissance du droit à la rente est le 1^{er} novembre 2019 et il y a lieu de se rapprocher le plus exactement possible du montant que la personne assurée est susceptible d'obtenir sur le marché équilibré du travail (cf. TF 9C_673/2010 du 31 mars 2011 consid. 3.4). Cela étant, selon l'ESS 2018, le salaire versé à un homme dans le secteur privé avec un niveau de compétence 1, correspondant à des tâches simples ne nécessitant pas de formation particulière,

correspond à un salaire mensuel de 5'417 fr. (ESS 2018, TA 1, niveau de qualification 1) pour un horaire hebdomadaire de 40 heures. Compte tenu de la durée hebdomadaire du travail dans les entreprises en 2019 (41,7 heures selon l'OFS), ce montant de 65'004 fr. (5'417 fr. x 12 mois) doit être porté à 67'766 fr. 65, auquel il convient d'appliquer l'évolution des salaires nominaux de 2018 à 2019 (+ 0,5 % [2019]), ce qui correspond à un montant annuel de 68'105 fr. 05.

Le recourant reproche à l'intimée d'avoir opéré un abattement de 5 % au lieu de 10 % sur le revenu d'invalidé ESS ci-dessus mentionné et cite des références de jurisprudence fédérale et cantonale "à titre d'exemples", en faisant valoir que ces instances auraient considéré qu'un abattement de 5 % ne valait que dans les cas d'assurés qui ont assumé un poste à responsabilité en particulier comme gérant d'entreprise et qu'un abattement de 10 % est la norme dans les cas d'assurés présentant des taux d'IPAI se situant entre 10 et 25 %.

c) En l'espèce, comme on l'a vu, pour fixer le revenu d'invalidé, l'intimée s'est fondée sur le revenu auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé pour un niveau de qualification 1 selon l'ESS. Cette valeur statistique s'applique à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers (voir parmi d'autres, TF 9C_633/2017 du 29 décembre 2017 consid. 4.3 et les arrêts cités). 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, ne requérant pas d'expérience professionnelle spécifique, ni de formation particulière, si ce n'est une phase initiale d'adaptation et d'apprentissage (p. ex. TF 8C_227/2018 du 14 juin 2018 consid. 4.2.3.3). Partant, au vu de toutes les circonstances pertinentes et objectives du cas d'espèce, il y a lieu de considérer que seules les limitations fonctionnelles retenues constituent un motif d'abattement. A juste titre, le recourant ne fait pas valoir que l'intimée

aurait omis de considérer les autres facteurs cités par la jurisprudence (âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) pour fixer l'abattement. En l'espèce, il ressort du rapport de la CRR du 5 juillet 2019 confirmé par le Dr Z. _____ dans son appréciation médicale du 2 octobre 2019 (les deux rapports ayant pleine valeur probante au sens de la jurisprudence et n'étant pas remis en question par le recourant) que l'assuré est en mesure d'exercer une activité à plein temps sans diminution de rendement si l'activité respecte pleinement ses limitations fonctionnelles; celles-ci sont les suivantes : toute activité en hauteur répétitive ou maintenue, les activités en porte-à-faux avec le membre supérieur droit et le port de charges lourdes répétitives de plus de 10-15 kg. Il est en outre précisé que le pronostic de réinsertion dans une adaptée touchant l'épaule droite du recourant est bon. Si de telles limitations excluent les travaux lourds, on ne voit pas qu'elles restreindraient de manière significative les activités légères, en tout cas pas dans une mesure qui justifierait un abattement supérieur à 5 %, d'autant qu'il ressort du rapport du Dr Z. _____ que, si la mobilité active de l'épaule droite est un peu en retrait, passivement les amplitudes articulaires sont facilement améliorables d'une vingtaine de degrés et qu'à hauteur de ceinture, le recourant a conservé une bonne force. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de revenir sur l'abattement de 5 % retenu par l'intimée. Au surplus, la brève appréciation du Dr P. _____ du 16 janvier 2020 dans laquelle, répondant à la question du mandataire du recourant, il a considéré que « la diminution de rendement paraît en effet faible compte tenu des limitations fonctionnelles conséquentes » ne saurait amener à une conclusion différente. Le Dr P. _____ ne décrit pas les « limitations fonctionnelles conséquentes » auxquelles il semble se référer. Son appréciation n'est nullement motivée et ne saurait par conséquent être prise en considération, étant rappelé que le recourant a été examiné pendant un mois par les médecins de la CRR en 2019, séjour durant lequel il a participé à des ateliers et que les conclusions de la CRR quant à ses limitations fonctionnelles sont détaillées et convaincantes.

Reste à examiner le grief du recourant tendant à lier le taux de l'IPAI et le taux d'abattement retenu ainsi que celui consistant à réfuter le

résultat du calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimée en se référant au taux d'invalidité qu'aurait retenu l'OAI selon l'intéressé.

d) En ce qui concerne l'argument du recourant tendant à lier le taux d'abattement dans le calcul du gain d'invalidité et celui retenu pour l'IPAI, il suffit de rappeler que ce dernier taux constitue une compensation financière pour une atteinte physique ou psychique importante et durable et qu'il est indépendant de la perte de gain subie par l'assuré. En effet, selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA, 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. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cela étant, on ne voit pas en quoi il serait arbitraire qu'un taux d'IPAI de 15 % soit reconnu à un assuré tout en retenant un abattement de 5 % sur le revenu ESS. Au surplus, dans le cas d'espèce, le Dr Z. _____ a relevé que le taux de 15 % retenu pour l'atteinte à l'épaule droite prenait en compte une certaine aggravation prévisible.

e) Enfin, le recourant fait valoir que son taux d'invalidité ne devrait pas être inférieur à 20 % dès lors que l'OAI lui a alloué des mesures professionnelles, prestations qu'il ne lui aurait pas octroyées s'il avait retenu un degré d'invalidité inférieur.

La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents et d'assurance-invalidité, où elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré (art. 7 et 8 LPGA). C'est le principe d'uniformité de la notion d'invalidité, lequel règle la coordination de l'évaluation de l'invalidité en droit des assurances sociales. Des divergences ne sont toutefois pas à exclure d'emblée. S'ils ne peuvent pas

ignorer purement et simplement l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé un autre assureur social dans une décision entrée en force, ils doivent s'en écarter s'ils ont des motifs pertinents de le faire. Cela ne sera en principe qu'exceptionnellement le cas. L'uniformité de la notion d'invalidité n'a cependant pas pour conséquence de libérer chacune de ces assurances de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.2.1, 126 V 288 consid. 2a et 2d). Il faut en outre tenir compte du fait que l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré ; c'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4, 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2).

En l'espèce, ne figure au dossier aucun document de l'OAI dont on pourrait déduire que celui-ci aurait reconnu au recourant une invalidité de 20 %. Le courrier de l'OAI du 30 janvier 2020 allouant des mesures professionnelles au recourant n'est pas probant à cet égard puisqu'il ne mentionne aucun degré d'invalidité. Au demeurant, conformément aux principes jurisprudentiels précités, la CNA ne répond que des atteintes résultant d'un accident alors que l'OAI doit tenir compte de l'ensemble de la situation médicale de la personne assurée.

f) Il en résulte que le revenu avec invalidité doit être fixé à 64'699 fr. 80 (68'105 fr. 05 - 3'405 fr. 25 [abattement de 5 %]).

8. La comparaison entre le revenu sans invalidité de 70'276 fr. et le revenu d'invalidité de 64'699 fr. 80 met à jour un degré d'invalidité arrondi à 8 %. Dès lors, la décision sur opposition du 19 février 2020 refusant une rente d'invalidité au recourant pour le motif que le degré d'invalidité est inférieur au minimum légal de 10 % est bien fondée et doit être confirmée.

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable en l'occurrence selon l'art. 83 LPGA), ni d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA)

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 19 février 2020 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me David Métille, avocat à Lausanne (pour le recourant),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne,
- Office fédéral de la santé publique,

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :