



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4700/2019

ATAS/814/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 septembre 2020

9^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à MEYRIN, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Michael RUDERMANN

recourant

contre

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

intimée

**Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-
DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1960, divorcé, est arrivé en Suisse en 2014. Dès le 20 juillet 2015, il a travaillé à plein temps comme « isoleur » pour l'entreprise B_____.
2. Le 20 novembre 2017, l'employeur de l'assuré a adressé à la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) une déclaration de sinistre, dans laquelle était décrit l'événement suivant, survenu le 15 novembre 2017 : « en transportant la marchandise sur le toit. La marchandise a tapé sur une bordure, le paquet s'est ouvert et [l'assuré] a reçu le paque d'isolation sur le dos ». L'employeur a précisé que le salaire (horaire) de l'assuré s'élevait à CHF 26.- par heure et que s'y ajoutait le 13^{ème} salaire (8.33 %) et les indemnités pour vacances et jours fériés (8.33 %) . Un arrêt de travail a été prescrit à l'assuré dès le 15 novembre 2017 par le docteur C_____, médecin interne auprès du département de médecine communautaire, de premiers recours et des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG). Cet arrêt de travail a par la suite été renouvelé par le docteur D_____, médecin généraliste. L'assurance-accidents a pris en charge les suites de l'accident, notamment par le versement d'indemnités journalières.
3. Un scanner de la colonne dorsale a été pratiqué le 15 novembre 2017, à l'issue duquel les docteurs E_____ et F_____, des HUG, ont conclu à une fracture comminutive peu déplacée du processus épineux de C7 et à une fracture non déplacée de la première côte gauche.

Une radiographie de la colonne dorsale a été réalisée le même jour. Les docteurs G_____ et H_____, des HUG, ont conclu à un tassement du plateau supérieur de D8, avec perte de hauteur inférieure à 10 %, à un tassement cunéiforme de D5 et à un bon alignement vertébral.
4. Dans un rapport initial daté du 8 mars 2018, adressé à la CNA, le Dr D_____ a fait état d'une évolution lentement favorable. La durée prévisible du traitement était encore de deux à trois mois et une reprise du travail était envisagée dans les un à deux mois.
5. Le 12 avril 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).
6. Invité à se déterminer, le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, traumatologie et médecin d'arrondissement de la CNA, a relevé, dans un bref rapport rédigé le 19 avril 2018, que le scanner du 15 novembre 2017 n'avait mis en évidence qu'une fracture de l'épineuse de C7, peu déplacée. Ce type de lésion guérissait habituellement en deux mois, sans traitement particulier. Il préconisait de recueillir l'imagerie réalisée en vue de confirmer une reprise professionnelle.

7. Dans un rapport adressé à l'OAI le 30 mai 2018, le Dr D_____ a fait état d'une forte contusion cervico-dorsale accidentelle, de fractures non compliquées du processus épineux de C7 et d'un tassement modéré du mur antérieur de D5. Une récente imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) avait montré une évolution favorable du processus de guérison osseuse. Le Dr D_____ a conclu à une capacité de travail nulle dans toute activité, en précisant cependant qu'il conviendrait de réévaluer le cas dans les trois à quatre mois. Vu la persistance de douleurs, une reprise du travail n'était pas prévue avant deux-trois mois. Les limitations fonctionnelles se rapportaient aux efforts physiques et aux positions impliquant une flexion ou une torsion du tronc.
8. Selon l'extrait de compte individuel AVS, dans sa teneur au 24 avril 2018, l'assuré a perçu en 2016 un salaire de CHF 65'277.-.
9. Dans un bref rapport daté du 15 juin 2018, le Dr I_____ a estimé « [qu']au vu du rapport du Dr D_____ du 8 mars 2018 et de la lésion initiale, on [pouvait] effectivement s'attendre à une reprise professionnelle à 100 % ce jour ».
10. Par pli du 19 juin 2018, la CNA a informé l'assuré que, conformément à l'avis de son médecin d'arrondissement, elle cesserait le versement des indemnités journalières dès le 25 juin 2018.
11. Dans un rapport adressé à la CNA le 21 juin 2018, le Dr D_____ a fait état d'une évolution lentement favorable, d'un pronostic lui aussi favorable et d'une reprise du travail envisagée pour le mois de juillet 2018. Il convenait d'éviter les sauts, les flexions fréquentes du tronc et le port de charges lourdes (c'est-à-dire supérieures à 15 kg). En outre, on pouvait s'attendre à ce que persiste un tassement de D5.

Le Dr D_____ a joint à son rapport un bilan d'IRM cervicale et dorsale établi le 25 avril 2018 par le docteur J_____, radiologue, relevant une évolution favorable par rapport à une IRM antérieure réalisée le 10 janvier 2018, notamment une disparition de l'œdème de C5, une régression de l'œdème lié à la fracture du processus épineux de C7 et à une disparition de l'atteinte ligamentaire interépineuse C5-C6 et C6-C7.
12. Le 24 juin 2018, l'assuré a répondu à la CNA que depuis son accident, il souffrait de difficultés physiques, de douleurs, et que son activité d'isoleur était physiquement très astreignante. Il ne se sentait pas capable de réaliser un grand nombre des tâches qu'impliquait son activité professionnelle.
13. Le 17 septembre 2018, la CNA a reçu un rapport établi le 9 juillet 2018 par le docteur K_____, neurochirurgien, relatant qu'actuellement, l'assuré se plaignait de douleurs cervicales, de vertiges et qu'il était très gêné dans son activité professionnelle, puisqu'il devait porter des charges lourdes. L'IRM réalisée en avril 2018 avait mis en évidence une très nette régression de l'œdème au niveau de l'épineuse de C6-C7 et du corps vertébral de D5, ce qui témoignait d'une consolidation des fractures. Le Dr K_____ estimait qu'il n'y avait pas de traitement neurochirurgical à proposer. Le patient souffrait surtout de douleurs

cervicales résiduelles et il convenait d'arrêter la physiothérapie, qui péjorait les douleurs.

14. Dans un rapport du 26 octobre 2018 rédigé à l'issue d'un examen clinique, le Dr I_____ a rappelé que l'assuré avait présenté, une année auparavant, un traumatisme du rachis cervical et dorsal. Une IRM de contrôle réalisée le 24 août 2018 et apportée par l'assuré avait mis en évidence les séquelles d'un tassement cunéiforme de D5 au niveau cervical. La fracture de l'apophyse de C7 était en revanche bien consolidée et il existait une protrusion discale C5-C6 du côté gauche. Dans son appréciation, le Dr I_____ a relevé que, selon le bilan du jour, les lésions osseuses étaient très bien consolidées. Il persistait certes un tassement cunéiforme au niveau de D5, avec une perte de hauteur modérée du mur vertébral antérieur, mais celle-ci était bien tolérée, compte tenu du hauban costal. Une reprise de l'activité professionnelle avait été organisée le 25 juin 2018 à 50 %, mais au bout d'une matinée, l'assuré avait dû arrêter le travail et reprendre des antidouleurs, malgré les aménagements réalisés par son employeur. Au vu de l'examen clinique du jour, le Dr I_____ estimait que l'on pouvait s'attendre, dès le 2 novembre 2018, à une reprise de l'activité professionnelle à 50 %, moyennant un traitement antidouleur (Dafalgan).

S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, le Dr I_____ l'évaluait à 5 %, relevant qu'au regard des tables d'indemnisation de l'assurance-accidents et plus particulièrement de la table n° 7 (affections de la colonne vertébrale), on se trouvait en présence d'une douleur dorsale modérée après fracture.

15. Dans un courrier adressé à la CNA le 5 novembre 2018, l'assuré a déploré que ses douleurs du cou, irradiant dans le bras droit, s'étaient péjorées et l'avaient contraint à consulter son médecin. Il ne lui était pas possible de reprendre son travail tant que ses douleurs persistaient.
16. a. Par décision du 7 novembre 2018, confirmée sur opposition le 28 novembre 2018, la CNA a considéré que l'incapacité totale de travail de l'assuré n'était plus justifiée d'un point de vue médical, l'intéressé étant capable de travailler à 50 % depuis le 2 novembre 2018.
- b. L'assuré a interjeté un recours le 14 janvier 2019 contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS), en concluant au versement de prestations de l'assurance-accidents dès le 2 novembre 2018 et à la reprise de ses indemnités journalières dès cette date.
- c. Dans sa réponse du 29 avril 2019, la CNA a conclu à l'admission partielle du recours et à l'annulation partielle de la décision du 28 novembre 2018, en ce sens que l'assuré avait droit aux indemnités journalières jusqu'au 10 avril 2019, sous réserve des indemnités LAA déjà versées et de celles versées par l'assurance-invalidité. Elle a également sollicité le renvoi du dossier pour examen du droit à la rente, au terme des mesures d'orientation professionnelle de l'assurance-invalidité.

d. Par arrêt du 28 mai 2019 (ATAS/468/2019), la CJCAS a annulé partiellement la décision du 28 novembre 2018 et dit que l'assuré avait droit aux indemnités journalières LAA du 2 novembre 2018 au 10 avril 2019, sous réserve des indemnités journalières LAA déjà versées et des indemnités journalières de l'assurance-invalidité. En outre, la CJCAS a renvoyé la cause à l'assurance-accidents pour examen du droit à la rente, au terme des mesures d'orientation professionnelle de l'assurance-invalidité.

17. Dans un rapport daté du 12 décembre 2018 et adressé au Dr D_____, le docteur L_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation auprès des HUG, a indiqué que l'assuré continuait de se plaindre de douleurs cervicales, irradiant parfois dans les bras. Ses douleurs étaient augmentées par les mouvements de la tête et partiellement soulagées par la position assise et la prise d'antalgiques (Co-Dafalgan). Depuis son accident, l'assuré avait effectué de nombreuses séances de physiothérapie, lesquelles n'avaient pas apporté d'amélioration. En conclusion, l'intéressé présentait toujours des cervicalgies chroniques post-traumatiques, malgré le traitement de physiothérapie. Le Dr L_____ ne prévoyait pas de revoir l'assuré en consultation, mais précisait qu'une prise en charge par des spécialistes de la douleur lui avait été proposée et qu'un soutien psychologique pourrait être discuté.
18. Du 7 janvier au 28 avril 2019, l'OAI a accordé à l'assuré une mesure d'orientation professionnelle auprès de l'Organisation romande pour la formation et l'intégration professionnelle (ci-après : ORIF).
19. Dans un rapport adressé au mandataire de l'assuré le 22 janvier 2019, le Dr L_____ a indiqué qu'il n'avait été consulté qu'une seule fois pour des douleurs cervicales, le 28 novembre 2018. Comme l'assuré avait fait de nombreuses séances de physiothérapie s'étant révélées inefficaces, il lui avait proposé d'être évalué par des spécialistes de la douleur. L'assuré présentait, selon l'anamnèse, des douleurs liées au port de charges, à l'utilisation des bras et aux stations debout prolongées. La capacité de travail était nulle dans son activité professionnelle et le pronostic était réservé, au vu des douleurs.
20. Dans un rapport adressé à la CNA le 6 février 2019, le Dr D_____ a fait état de cervico-dorsalgies persistantes et résistantes au traitement, sans déficit neurologique. Le patient était actuellement suivi par la consultation de la douleur des HUG et le pronostic était réservé. Le cas était pris en charge par l'assurance-invalidité en vue d'une réorientation professionnelle.
21. Le Dr I_____ a établi un rapport le 18 février 2019. Se référant à un rapport établi par le Dr L_____ le 12 décembre 2018, il a relevé que l'assuré se plaignait toujours de douleurs et avait effectué de la physiothérapie, des massages et des étirements. La reprise d'activité professionnelle n'avait pas été suivie et cliniquement, la force des membres supérieurs était conservée, avec néanmoins une région cervicale douloureuse. Par ailleurs, l'assuré avait été adressé chez des

spécialistes de la douleur. Le Dr I_____ relevait que l'IRM réalisée le 10 janvier 2018 montrait effectivement un tassement de D5, n'ayant pas justifié de traitement par ostéosynthèse. La profession d'isoleur exercée par l'assuré était physique et l'évolution clinique s'était finalement révélée défavorable. Le Dr I_____ en concluait qu'au vu des rapports récents, une incapacité de travail était toujours justifiée pour les suites de l'accident et que, compte tenu de douleurs persistantes, un changement d'activité professionnelle devait être envisagé.

22. Invité par l'OAI à préciser si une activité légère de chauffeur-livreur ou une activité de chauffeur de personnes – telle que celle que l'assuré demandait à essayer dans le cadre de son stage d'orientation professionnelle – était médicalement adaptée à l'état de santé, le Dr D_____ a répondu par l'affirmative le 4 mars 2019 ; une activité de chauffeur lui paraissait « plus adéquate » pour son patient et il ne voyait pas de contrindication particulière.
23. Dans un nouveau rapport établi le 10 avril 2019, le Dr I_____ a exposé qu'au vu de l'évolution de la lésion du processus épineux de C7 (non déplacé) et d'un tassement modéré du corps vertébral de D5 observé le 17 novembre (recte : le 15 novembre) 2017, on pouvait conclure que le cas était stabilisé sur le plan médical ; il n'y avait pas d'intervention ou d'autres traitements particuliers à envisager. Une tentative de reprise de l'activité professionnelle d'isoleur s'était soldée rapidement par un échec, et vu l'évolution des derniers mois, il n'existait pas de capacité de travail dans cette profession. En revanche, l'assuré pourrait exercer une profession adaptée, permettant idéalement d'alterner les positions assise et debout, respectivement d'éviter les travaux de la nuque en hyperextension / hyperflexion, les stations debout ou assise prolongées, ainsi que le port de charges supérieures à 10 kg des deux côtés.
24. Dans un rapport rédigé le 30 avril 2019, le Dr I_____ a confirmé que l'on pouvait exiger de l'assuré l'exercice d'une activité professionnelle, respectant les limitations fonctionnelles énumérées dans son précédent rapport. Dans ces conditions, on pouvait s'attendre à ce que l'assuré travaille à plein temps, sans baisse de rendement. S'agissant de la prise en charge de soins ultérieurs, le Dr I_____ préconisait de rembourser une consultation annuelle de suivi et trois séries de neuf séances de physiothérapie pendant une année, puis une série pendant une année supplémentaire.
25. L'ORIF a établi un rapport d'intégration socioprofessionnelle le 1^{er} mai 2019. Il en ressortait notamment que, suite aux modules effectués, une activité assise telle qu'opérateur en horlogerie, polisseur ou agent de conditionnement paraissait être en adéquation avec les limitations fonctionnelles de l'assuré ; l'aménagement du poste de travail, avec l'ajout d'un écran et d'une caméra, devaient permettre d'éviter les tensions à la nuque. Les postes de préparateur de commandes et de monteur automatique semblaient également correspondre aux limitations, si celles ayant trait aux flexions fréquentes du tronc et au port de charges étaient respectées. Il n'avait toutefois pas été possible de mettre en place un stage dans ces activités en

raison de la barrière de la langue. Tout au long de la mesure, l'assuré avait répété qu'il souhaitait s'orienter vers le domaine du transport de personnes et de la livraison de marchandises légères. Un stage de livreur de pizzas a pu être mis en place et avait invalidé la piste de la livraison, même légère. S'agissant de la piste de chauffeur de personnes, il paraissait impossible d'envisager la partie théorique de cette formation en raison des difficultés de français de l'assuré. À la fin de la mesure, l'assuré avait trouvé un stage dans une épicerie proche de chez lui ; cette piste lui paraissait être compatible avec ses limitations fonctionnelles. À l'issue d'une évaluation de stage, l'employeur avait accepté de recevoir l'assuré en formation pratique pendant trois mois dès le 1^{er} mai 2019.

26. Par communication du 8 mai 2019, l'OAI a accordé à l'assuré un placement à l'essai auprès de « N_____ » du 29 avril au 28 juillet 2019. Des indemnités journalières lui ont donc été versées jusqu'au 28 juillet 2019.
27. Invité par la CNA à préciser comment le salaire de l'assuré aurait évolué en 2018 et 2019, l'ancien employeur a répondu que l'intéressé « aurait été augmenté du coût de la vie pour les années 2018 et 2019 s'il avait continué son activité au sein de la société ». Selon l'ex-employeur, l'assuré aurait donc perçu une augmentation de CHF 0.89 par heure en 2018 et de CHF 0.61 par heure en 2019.
28. Dans un « rapport final – MOP » daté du 23 août 2019, une collaboratrice de l'OAI a proposé de clore le mandat de réadaptation. Elle a rappelé que, dès le début du stage d'orientation qu'avait effectué l'assuré auprès de l'ORIF, ses problèmes avec la langue française s'étaient révélés être un obstacle. L'ORIF avait identifié les cibles professionnelles d'opérateur en horlogerie, pousseur, agent de conditionnement, ainsi que de préparateur de commandes et monteur automatique. De son côté, l'assuré avait une idée fixe par rapport à une activité dans le domaine du transport de personnes ou la livraison de marchandises légères. Les différents tests réalisés pendant le stage d'orientation avaient pourtant démontré que l'atteinte cervicale ne permettait pas de considérer cette activité comme étant adaptée, quand bien même le médecin l'avait jugée adéquate. En outre, l'exercice d'une telle profession supposait que l'assuré passe un permis « B121 », ce qui était inenvisageable, au vu des difficultés qu'il rencontrait avec le français. L'assuré avait pu effectuer quelques stages durant sa mesure et à plusieurs reprises, un manque de motivation avait été constaté. Sur demande, l'office avait accepté de poursuivre le stage que l'assuré avait entamé dans une épicerie, en lui accordant un placement à l'essai ; l'assuré avait affirmé que cette activité était adaptée à ses limitations fonctionnelles, notamment celles relatives au port de charges, que les étagères n'étaient pas trop basses et qu'elle lui permettait de limiter les déplacements en voiture, ce qui était bénéfique pour son état de santé ; cela était contradictoire avec son souhait de devenir chauffeur. L'OAI avait précédemment informé l'assuré qu'il devait s'inscrire au chômage à l'issue du stage. Lors du bilan du 21 juin 2019, l'assuré s'était montré désagréable, arguant que quelqu'un devait le payer pour son accident et qu'il n'avait pas été informé des postulations à faire,

ainsi que de son inscription au chômage. En définitive, l'office estimait que l'assuré pourrait exercer à 100 % une activité dans le conditionnement, celle-ci étant adaptée aux limitations et ne nécessitant aucune formation particulière. À cet égard, le médecin d'arrondissement de l'assurance-accidents avait tout d'abord chiffré la capacité de travail dans l'activité habituelle à 100 % dès le 25 juin 2018, avant de la fixer à 50 % dès le 2 novembre 2018. Les limitations fonctionnelles à respecter se rapportaient aux flexions fréquentes du tronc, aux sauts et au port de charges excédant 15 kg.

29. Dans un rapport daté du 9 septembre 2019 et adressé au Dr D_____, les médecins de la Consultation ambulatoire de la douleur des HUG ont suggéré un support psychologique en vue d'aider l'assuré à gérer les conséquences sociales de ses douleurs. L'assuré se disait enclin à rencontrer un psychiatre pouvant parler le portugais afin d'évaluer plus précisément ses besoins. Par ailleurs, il lui avait été proposé un apprentissage d'autohypnose pour améliorer son sommeil, et il lui avait été suggéré d'apprendre le français afin d'améliorer la prise en charge thérapeutique. L'assuré serait revu avec le docteur M_____, anesthésiste auprès des HUG, pour discuter d'une éventuelle infiltration.
30. Par décision du 15 octobre 2019, la CNA a accordé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 % et a dénié son droit à une rente. La CNA a jugé l'intéressé pleinement capable d'exercer une profession permettant d'alterner les positions assise et debout, respectivement d'éviter le port de charges supérieures à 10 kg et les positions inconfortables pour la nuque. Le revenu statistique que l'assuré pourrait réaliser dans une telle profession (CHF 67'443.-) étant supérieur à celui qu'il aurait perçu sans accident (CHF 65'514.-), il n'en résultait aucune perte de gain.
31. Le 24 octobre 2019, l'assuré a formé opposition contre cette décision, arguant qu'il incombait à la CNA de se « calquer » sur l'évaluation de l'invalidité faite par l'assurance-invalidité. Toutefois, dans la mesure où il avait formé opposition contre le préavis de décision de l'assurance-invalidité, il invitait la CNA à suspendre le délai d'opposition dans l'attente d'une décision définitive de cette assurance. Il a joint copie du préavis de l'assurance-invalidité, retenant un taux d'invalidité de 8 %.
32. Après avoir informé l'assuré que le délai d'opposition ne pouvait être suspendu, la CNA, par décision sur opposition du 18 novembre 2019, a rejeté l'opposition. Constatant qu'une reprise de l'activité d'isoleur n'était plus possible, le Dr I_____ avait conclu, le 30 avril 2019, que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une profession respectant ses limitations fonctionnelles. La CNA avait évalué le revenu d'invalidé (CHF 67'743.-) sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2016, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'en 2019 et en écartant tout abattement, contrairement à l'assurance-invalidité, qui s'était référée à l'année 2018 et avait retenu un abattement de 10 %. La CNA relevait toutefois que, selon la jurisprudence, un abattement n'entraînait en considération que si l'assuré ne

pouvait plus accéder à un éventail suffisamment large de professions. En outre, le manque de formation et d'expérience de l'assuré dans une nouvelle profession n'était pas propre à jouer un rôle significatif sur les perspectives salariales, lorsque le revenu d'invalidé avait été chiffré en référence au salaire statistique d'activités simples et répétitives. Il en allait de même d'un manque de connaissances linguistiques et de la nationalité étrangère. S'agissant du revenu sans invalidité (CHF 63'514.-), il avait été évalué sur la base de la déclaration de sinistre et des précisions données par l'ancien employeur. La comparaison des revenus ne mettait en évidence aucune perte de gain, de sorte que la CNA confirmait sa décision.

33. Par décision du 17 décembre 2019, l'OAI a refusé d'accorder à l'assuré une rente d'invalidité, arguant que l'assuré était inapte, depuis novembre 2017, à exercer son activité antérieure d'isoleur, mais avait recouvré, le 2 novembre 2018, une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle et de 100 % dans toute activité adaptée à son état de santé. Le degré d'invalidité – 8 % – était insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité. Par ailleurs, l'octroi de nouvelles mesures d'ordre professionnel ne se justifiait pas.
34. Par acte du 20 décembre 2019, l'assuré a saisi la CJCAS d'un recours, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'annulation de la décision sur opposition du 18 novembre 2019, à la mise en œuvre d'une expertise et à l'octroi de prestations, dont une rente d'invalidité LAA, subsidiairement au renvoi de la cause à la CNA pour qu'elle mette en œuvre une expertise, puis rende une nouvelle décision.

Les limitations fonctionnelles sur lesquelles l'OAI s'était fondé pour retenir qu'il était apte à exercer son activité habituelle à 50 %, respectivement une activité adaptée à 100 %, étaient celles retenues par le Dr D_____ dans son rapport du 21 juin 2018. Or, le 30 avril 2019, le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr I_____, l'avait jugé totalement incapable d'exercer son activité antérieure d'isoleur et avait retenu des limitations fonctionnelles plus importantes que le Dr D_____, dont le besoin d'alterner les positions. Une activité exercée seulement en position assise, telle que celle d'agent de conditionnement retenue par l'OAI, était inexigible et il convenait d'admettre qu'il était incapable d'exercer la moindre activité professionnelle.

Par ailleurs, une comparaison des décisions rendues par les deux assureurs sociaux démontrait que celles-ci étaient partiellement contradictoires, puisque la CNA avait conclu à une absence d'invalidité, tandis que l'OAI avait retenu un degré d'invalidité de 8 %, sur la base d'un revenu sans invalidité plus élevé que la CNA et d'un revenu d'invalidé nettement plus bas. D'un autre côté, la CNA retenait des limitations fonctionnelles plus importantes, lesquelles auraient dû conduire à un taux d'invalidité supérieur à 8 %. Enfin, le recourant relevait qu'en présence d'avis médicaux divergents, dont ceux du Dr I_____ et de l'assurance-invalidité, il lui paraissait nécessaire de mettre en œuvre une expertise judiciaire afin de préciser ses limitations fonctionnelles et sa capacité résiduelle de travail.

35. Dans sa réponse du 14 février 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours. Compte tenu du profil d'exigibilité défini par le Dr I_____, en avril 2019, elle avait évalué le revenu d'invalidé (CHF 67'743.-) sur la base des statistiques salariales. Dans son opposition au préavis de l'assurance-invalidité, le recourant ne critiquait pas l'avis du Dr I_____, mais s'en prévalait au contraire pour remettre en cause celui du SMR, de sorte que la mise en œuvre d'une expertise était superflue. En outre, les limitations fonctionnelles étaient peu importantes et compte tenu du large éventail de professions adaptées, un abattement sur le revenu d'invalidé ne se justifiait pas. Au demeurant, le recourant ne prétendait pas que certains facteurs l'empêchaient de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail pour un salaire se situant dans la moyenne. La comparaison avec le revenu sans invalidité (CHF 63'514.-) ne témoignait d'aucune perte de gain. Sans remettre en cause le point de vue du Dr I_____ et les calculs de la CNA, le recourant se limitait à contester le résultat de la comparaison des gains (0 %), qu'il jugeait contradictoire avec celui auquel était parvenu l'assurance-invalidité (8 %). Toutefois, cette différence ne contrevenait pas au principe de l'uniformité de la notion d'invalidité. La CNA avait examiné le droit à la rente au regard de l'année 2019, puisque l'état de santé était alors stabilisé et que les mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité avaient pris fin cette année-là. S'agissant du revenu sans invalidité, la CNA s'était fondée sur les renseignements issus de la déclaration de sinistre et ceux obtenus de l'ancien employeur, en tenant compte du salaire horaire, de son augmentation jusqu'en 2019, de l'horaire hebdomadaire de travail et du 13^{ème} salaire. Le recourant ne pouvait valablement remettre en cause le calcul de la CNA en se limitant à prétendre qu'il lui incombait de se « calquer » sur la décision de l'assurance-invalidité et de toute manière, le taux de 8 % qu'avait retenu cette assurance était insuffisant pour ouvrir droit à une rente.
36. Le recourant a répliqué le 24 février 2020, persistant dans ses conclusions. Le Dr I_____ ne l'avait pas examiné personnellement mais avait évalué son cas uniquement sur la base du dossier, de sorte que son appréciation des limitations fonctionnelles n'avait pas de valeur probante particulière. Aussi lui paraissait-il nécessaire d'ordonner une expertise judiciaire. Par ailleurs, la CNA aurait dû, comme l'assurance-invalidité, chiffrer le revenu d'invalidé en prenant l'année 2018 comme référence. S'agissant du revenu sans invalidité, il convenait de le fixer à CHF 67'174.- en tenant compte de l'augmentation de salaire de CHF 0.89.- par heure en 2018 [CHF 65'277.- + (CHF 0.89.- x 41 heures x 52 semaines)]. Enfin, le recourant jugeait douteuse l'appréciation du Dr I_____ (recte : de l'intimé) portant sur la question de l'abattement. En comparant les revenus avec et sans invalidité sur la base du calcul effectué par l'assurance-invalidité et en procédant aux modifications évoquées dans sa réplique, le recourant parvenait à un taux d'invalidité de 9.6 %, arrondi à 10 %, ce qui lui ouvrait droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

37. L'intimée a dupliqué le 13 mars 2020, persistant dans ses conclusions tendant au rejet du recours. Le Dr I_____ avait examiné personnellement l'assuré le 26 octobre 2018 et étudié les rapports versés ensuite au dossier, de sorte que le grief du recourant relatif à une absence d'examen médical se révélait infondé. La jurisprudence à laquelle se référait l'intéressé concernait les rapports établis par le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) et non ceux émanant du médecin d'arrondissement de l'assurance-accidents. Par ailleurs, le recourant n'avait pas contesté dans son recours le profil d'exigibilité défini par le Dr I_____ et ce n'était que dans un second temps qu'il avait remis en question les limitations fonctionnelles retenues par ce dernier, toutefois sans se prévaloir d'éléments objectifs propres à faire douter de son évaluation. Le recourant semblait d'ailleurs se prévaloir des limitations fonctionnelles énumérées par le Dr I_____ dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-invalidité, de sorte que l'intimée jugeait superflue sa demande d'expertise judiciaire. Par ailleurs, l'intimée relevait qu'elle n'avait pas à prendre 2018 comme année de référence, conformément à la législation en matière d'assurance-accidents. S'agissant du revenu sans invalidité, le recourant n'expliquait pas en quoi les indications de l'employeur ne reflèteraient pas la rémunération qu'il aurait perçue en 2019, s'il était resté en bonne santé. Enfin, il n'y avait lieu d'opérer un abattement que s'il n'existait plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré, ce que l'intéressé ne prétendait pas.
38. Par écriture du 2 avril 2020, le recourant a répété qu'en présence d'avis médicaux divergents, une expertise judiciaire lui paraissait nécessaire. Par ailleurs, lorsque l'intimée avait rendu sa décision, l'assurance-invalidité avait déjà rendu une décision fixant un taux d'invalidité différent. À ce jour, toutefois, aucune décision fixant son taux d'invalidité réel n'était entrée en force, puisqu'un recours était également pendant contre la décision de l'assurance-invalidité.
39. Par ordonnance du 24 août 2020, la CJCAS a ordonné l'apport, dans la présente cause, de la procédure parallèle pendante en matière d'assurance-invalidité (A/381/2020 AI).
40. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable (art. 1 al. 1 LAA).

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 18 décembre au 2 janvier inclusivement, le recours est recevable (art. 38 al. 4 et 60 ss LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]).
4. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaquée. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

En l'espèce, au vu de la décision attaquée et du recours, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, singulièrement sur l'évaluation de son degré d'invalidité. En revanche, le recourant ne conteste pas le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui lui a été accordée (5 %).

5. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel ou non professionnel. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. Il faut que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1).

6. Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et

que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

7. 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).

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

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

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).

8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
9. Il sied en premier lieu de se prononcer sur la capacité de travail du recourant et pour ce faire, d'examiner la valeur probante des rapports versés au dossier.

La décision attaquée retient que le recourant ne peut plus travailler comme isoleur, mais qu'il est pleinement capable d'exercer toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce dont il résulte un degré d'invalidité nul et donc insuffisant pour ouvrir droit à une rente. De son côté, le recourant soutient tout d'abord que, compte tenu de ses limitations fonctionnelles – plus importantes que celles que l'assurance-invalidité a initialement retenues et comprenant notamment le besoin d'alterner les positions –, ses perspectives de réinsertion professionnelle sont nulles. Une activité exercée seulement en position assise, telle que celle d'agent de conditionnement évoquée par l'assurance-invalidité, est à son sens inexigible, de sorte qu'il convient de reconnaître son incapacité à exercer la moindre activité professionnelle. Par ailleurs, le recourant fait valoir que le Dr I_____ ne l'a pas examiné personnellement, mais a évalué son cas sur la base du dossier, de sorte que son appréciation des limitations fonctionnelles ne revêt pas de valeur probante particulière. Le recourant estime qu'en présence d'avis médicaux divergents, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire se justifie.

a. En l'occurrence, dans son rapport du 26 octobre 2018, le Dr I_____ a conclu qu'une année après le traumatisme du rachis cervical et dorsal, les lésions osseuses étaient consolidées. À l'issue de son examen clinique du même jour, il a estimé que l'on pouvait s'attendre, dès le 2 novembre 2018, à une reprise de l'activité professionnelle à 50 %, moyennant un traitement antidouleur. La reprise de l'activité d'isoleur s'étant soldée par un échec, le Dr I_____ est revenu sur son appréciation initiale dans un rapport subséquent établi le 18 février 2019, relevant qu'au vu de cet échec, des rapports médicaux récents (dont celui établi par le Dr L_____ le 12 décembre 2018) et des douleurs persistantes, l'incapacité de travail dans la profession habituelle demeurait justifiée ; cependant, il convenait d'envisager un changement d'activité professionnelle. Enfin, dans deux nouveaux rapports établis les 10 et 30 avril 2019, le Dr I_____ a jugé l'état de santé stabilisé et conclu que l'on pouvait exiger de l'assuré l'exercice, à plein temps, d'une

profession adaptée permettant d'alterner les positions assise et debout, respectivement d'éviter les travaux de la nuque en hyperextension / hyperflexion, les stations debout ou assise prolongées, ainsi que le port de charges supérieures à 10 kg des deux côtés.

La chambre de céans constate qu'en dépit de leur caractère succinct, les rapports successifs rédigés par le Dr I_____ ont été établis en pleine connaissance du dossier, relatent les plaintes de l'assuré et reposent sur un examen clinique complet, effectué le 26 octobre 2018. Leurs conclusions, dans la mesure où elles se rapportent à l'exercice d'une activité professionnelle adaptée, sont motivées et exemptes de contradictions, de sorte que ces rapports satisfont aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

b. En outre, il convient de relever qu'aucun autre médecin n'a émis de conclusions permettant de s'écarter de la pleine exigibilité retenue par le Dr I_____. En effet, le médecin généraliste de l'assuré, le Dr D_____, a préconisé une réorientation professionnelle, ce qui suppose l'existence d'une capacité de travail dans une activité adaptée. En outre, les limitations fonctionnelles énoncées par ce médecin – ayant trait au port de charges et aux flexions répétées du cou / du dos – se recourent essentiellement avec celles retenues par le Dr I_____. Ce médecin a certes évoqué, comme le relève le recourant, une limitation supplémentaire par rapport au Dr D_____, à savoir la possibilité d'alterner les positions assise et debout, mais cela ne signifie pas pour autant qu'une profession adaptée serait inenvisageable, moyennant le respect des limitations énoncées, lesquelles s'apparentent en définitive à des mesures classiques d'épargne lombaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.2). Interrogé par l'OAI, le Dr D_____ a d'ailleurs précisé qu'une activité de chauffeur-livreur lui paraissait médicalement adaptée et qu'il n'y voyait pas de contre-indication particulière (cf. rapport du 4 mars 2019). Les conclusions du Dr D_____ convergent donc avec celles du médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents. De son côté, le Dr L_____, de l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des HUG, n'a été consulté qu'une seule fois, pour des douleurs cervicales ; s'il a certifié une incapacité de travail dans la profession antérieure, il ne s'est en revanche pas prononcé sur l'exercice d'une activité adaptée. Enfin, les médecins de la consultation de la douleur des HUG n'ont pas attesté d'une incapacité de travail, en particulier dans une activité adaptée.

c. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans retiendra, au degré de la vraisemblance prépondérante, que dès le 10 avril 2019, date du premier rapport retenant expressément une stabilisation de l'état de santé et l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, l'assuré pourrait exercer à 100 % une activité adaptée à ses troubles cervico-dorsaux.

d. L'argumentation invoquée par le recourant ne permet pas d'aboutir à une autre conclusion. En particulier, le fait que le Dr I_____ n'ait pas établi son rapport du 30 avril 2019 à l'issue d'un nouvel examen clinique ne paraît pas décisif, dans la

mesure où ce médecin avait déjà procédé à un tel examen quelques mois plus tôt, en octobre 2018. Dans ce contexte, il convient de rappeler qu'il n'existe pas de droit formel à une expertise menée par un médecin externe dans la procédure d'octroi de prestations d'assurance sociale (arrêt du Tribunal fédéral 9C_491/2016 du 26 octobre 2016 consid. 5.2.1). Une telle expertise n'était donc pas absolument indispensable. Cela est d'autant plus vrai qu'en l'occurrence, les rapports établis respectivement par le médecin d'arrondissement de la CNA et par le médecin traitant se rejoignent sur l'aptitude de l'assuré à exercer une activité adaptée à son handicap (arrêt du Tribunal fédéral 8C_135/2016 du 23 décembre 2016 consid. 5.2).

10. Le recourant nie qu'il existe une profession physique ou manuelle adaptée à ses problèmes de santé, compte tenu notamment de ses limitations fonctionnelles.

a. Selon la jurisprudence, lors de l'examen de la mise en valeur de la capacité de travail résiduelle, on ne saurait se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGa (auquel renvoie l'art. 28 al. 2 LAI), lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.2.4 et les références citées).

b. Dans le cas particulier, il convient d'admettre que si les limitations de l'assuré restreignent indéniablement le spectre des professions encore susceptibles d'être envisagées, il demeure tout de même, sur le marché du travail, un éventail suffisamment large d'activités simples et légères, ne nécessitant aucune formation particulière et dont un certain nombre sont adaptées à ses troubles cervico-dorsaux (arrêts du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.2 et 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4). En effet, l'ORIF a cité plusieurs cibles professionnelles adaptées à son handicap (opérateur en horlogerie, pousseur, agent de conditionnement, préparateur de commandes et monteur automatique), tout en précisant que pour certaines, il conviendrait que l'assuré puisse travailler en regardant un écran, moyennant l'utilisation d'une caméra. Pour d'autres professions, telles que celles de préparateur de commandes et de monteur automatique, l'ORIF a indiqué qu'un stage n'avait pas pu être organisé en raison de la barrière de la langue, ce qui constitue cependant un facteur étranger à l'invalidité, dont le juge ne peut pas tenir compte. À l'issue d'un placement à l'essai dans une épicerie, l'office a estimé que le recourant pourrait exercer, entre autres, une activité dans le conditionnement, laquelle serait adaptée à ses limitations et ne nécessiterait pas de formation spécifique. Enfin, on rappellera qu'il n'y a pas lieu d'examiner dans quelle mesure la situation concrète du marché du travail permettrait au recourant de retrouver un emploi (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; ATF 110 V 273 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_926/2011 consid. 2.3).

11. Il reste à déterminer le degré d'invalidité.

a. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPG).

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 p. 224 et la référence). Tant pour les personnes salariées que pour celles de condition indépendante, on peut se référer aux revenus figurant dans l'extrait du compte individuel de l'assurance-vieillesse et survivants (ci-après : AVS) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_9/2009 du 10 novembre 2009, in SVR 2010 IV n° 26 p. 79 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_771/2017 du 29 mai 2018 consid. 3.6). En effet, l'art. 25 al. 1 RAI établit un parallèle entre le revenu soumis à cotisation à l'AVS et le revenu à prendre en considération pour l'évaluation de l'invalidité ; le parallèle n'a toutefois pas valeur absolue (arrêt 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 5.2.1). Cette réglementation est applicable par analogie dans le domaine de l'assurance-accidents, dès lors que la notion d'invalidité y est la même que dans l'assurance-invalidité (cf. ATF 133 V 549 consid. 6.1 p. 553).

S'agissant de la fixation du revenu d'invalide, ce n'est pas le fait que l'assuré mette réellement à profit sa capacité résiduelle de travail qui est déterminant, mais bien plutôt le revenu qu'il pourrait en tirer dans une activité raisonnablement exigible. Le caractère raisonnablement exigible d'une activité doit être évalué de manière objective, c'est-à-dire qu'on ne peut simplement tenir compte de l'appréciation négative par l'assuré de l'activité en cause. En application de ce principe, la jurisprudence admet très largement le caractère exigible d'une activité (Ulrich MEYER, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2^{ème} éd. 2010, p. 294ss). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé.

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa) ou de données salariales résultant des DPT. Dans la première hypothèse, 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 p. 323). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires

mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières.

b. Pour calculer le degré d'invalidité, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222). En matière d'assurance-accidents, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

12. Dans la décision entreprise, l'intimée a estimé que le recourant ne présentait aucune perte de gain, considérant que le revenu sans invalidité qu'il aurait perçu en bonne santé selon son ex-employeur, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'en 2019, était inférieur au revenu statistique d'invalidé (CHF 67'743.-) qu'il aurait été en mesure de réaliser cette même année dans une activité adaptée à son handicap (ESS 2016, tableau TA1_tirage_skill_level, niveau de compétence 1, indexé). Devant la chambre de céans, le recourant conteste le calcul du degré d'invalidité. Il soutient que la CNA aurait dû aboutir à un revenu d'invalidé identique à l'assurance-invalidité, en prenant l'année 2018 comme référence. D'après l'intéressé, le revenu sans invalidité aurait dû être fixé sur la base du salaire ressortant de l'extrait de compte individuel AVS, en y ajoutant l'augmentation de salaire attestée par l'employeur. Enfin, il requiert qu'un abattement de 10 % soit déduit de son revenu d'invalidé, à l'instar de ce qu'a retenu l'assurance-invalidité. En reprenant le calcul effectué par l'assurance-invalidité et en le modifiant dans le sens de ses écritures, le recourant aboutit à un taux d'invalidité (arrondi) de 10 %, ouvrant droit à une rente d'invalidité LAA.

À titre liminaire, il convient de relever que l'intimée était fondée à procéder à sa propre évaluation de l'invalidité. En effet, conformément à la jurisprudence (cf. ATF 131 V 362 consid. 2.3), l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents.

a. S'agissant d'abord du revenu sans invalidité, l'intimée l'a évalué à CHF 63'514.-, sur la base notamment d'un horaire hebdomadaire de travail de 41 heures, d'un salaire horaire de CHF 26.- et des deux augmentations de salaire mentionnées par l'employeur dans son attestation de juillet 2019, conformément au calcul suivant : $(CHF\ 26.- + CHF\ 0.89 + CHF\ 0.61) \times 41\ \text{heures} \times 52\ \text{semaines} \times 108,33\ \% \text{ [13}^{\text{ème}} \text{ salaire]} = CHF\ 63'514.-$.

Toutefois, bien que l'intimée ait, à juste titre, tenu compte des augmentations de salaire attestées par l'ex-employeur, son estimation paraît sous-évaluer le revenu sans invalidité, puisqu'elle ne tient de toute évidence pas compte de toutes les composantes du salaire (qu'il s'agisse par exemple des heures supplémentaires, voire d'autres éléments de rémunération). Conformément à la jurisprudence précitée et compte tenu de la nécessité de l'évaluer le plus concrètement possible, il

convient de fixer le revenu sans invalidité en prenant, comme point de départ, le revenu figurant dans l'extrait de compte individuel AVS. Or, selon son extrait de compte individuel AVS, le recourant a perçu en 2016 un revenu annuel de CHF 65'277.-. Tenant compte des deux augmentations de salaire attestées par son ex-employeur pour les années 2018 et 2019, on obtient un revenu sans invalidité pour 2019 de CHF 68'741.- ($\text{CHF } 65'277.- + [\text{CHF } 0.89 + \text{CHF } 0.61] \times 41 \text{ heures} \times 52 \text{ semaines} \times 108.33 \% = \text{CHF } 68'741.-$). À cet égard, il y a lieu de préciser que, contrairement à ce que soutient le recourant, c'est bien l'année 2019 – et non l'année 2018 – qui est déterminante pour la comparaison des gains en matière d'assurance-accidents. En effet, il résulte du rapport du Dr I_____ qu'au 10 avril 2019, l'état de santé était stabilisé, ce que le recourant ne conteste pas. Par ailleurs, les mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont pris fin au 31 juillet 2019.

Par souci d'exhaustivité, on précisera encore qu'il existe une légère incertitude au sujet de l'horaire hebdomadaire de travail du recourant, puisque le contrat de travail conclu avec son ex-employeur, daté du 20 juillet 2015 (cf. pièce 25 du dossier de l'assurance-invalidité), fait état d'un horaire hebdomadaire de travail de 45 heures, alors que la déclaration de sinistre évoque 41 heures de travail, mais cette incertitude est quoi qu'il en soit sans incidence sur le sort de la cause. En effet, si l'on voulait procéder au calcul mentionné ci-dessus, mais en tenant compte d'un horaire de travail de 45 heures (plutôt que 41 heures), l'on parviendrait à un revenu sans invalidité pratiquement identique, de CHF 69'079.- au lieu de CHF 68'741.- ($\text{CHF } 65'277.- + [\text{CHF } 0.89 + \text{CHF } 0.61] \times 45 \text{ heures} \times 52 \text{ semaines} \times 108.33 \% = \text{CHF } 69'079.-$), ce qui, en définitive, ne changerait rien au taux d'invalidité ($[\text{CHF } 69'079.- - \text{CHF } 61'196.-] / \text{CHF } 69'079.- = 11 \%$).

b. Quant au revenu d'invalidité, vu l'activité de substitution exigible du recourant dans un emploi adapté, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau 1) dans le secteur privé, soit CHF 64'080.- par année ($\text{CHF } 5'340.- \times 12$; ESS 2016, TA1_skill_level, ligne total). 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C_633/2017 du 29 décembre 2017 consid. 4.3 et 8C_227/2018 du 14 juin 2018 consid. 4.2.3.3). Étant donné que les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de 40 heures, soit d'une durée hebdomadaire de travail inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises (41.7 heures par semaine ; Office fédéral de la statistique – statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, DNT), ce montant doit être porté à CHF 66'803.- ($\text{CHF } 64'080.- \times 41.7 / 40$), puis à CHF 67'997.- (avant abattement) une fois indexé à 2019 selon l'évolution des salaires en termes nominaux (de 2016 à 2019, l'indice est passé de 2'239 à 2'279 ; soit $\text{CHF } 66'803.- \times 2'279 / 2'239$). Ce chiffre correspond, à quelques francs près, à celui retenu par l'intimée avant abattement (CHF 67'743.-), la différence avec celui retenu par la

CJCAS étant uniquement liée à l'indexation (l'intimée a tenu compte de l'évolution des salaires seulement jusqu'au 1^{er} trimestre de 2019, alors que le présent arrêt tient compte de toute l'année 2019).

13. Le recourant conteste le refus de l'intimée de tenir compte d'un abattement sur le revenu statistique d'invalidé.

a. En ce qui concerne le taux d'abattement, 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). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc p. 79 s.). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 126 V 75 consid. 5b/bb p. 80 ; arrêts 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 3.1 ; 8C_80/2013 du 17 janvier 2014 consid. 4.2 ; 9C_751/2011 du 30 avril 2012 consid. 4.2.1).

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 le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. À cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 p. 81).

b. En l'espèce, les difficultés linguistiques rencontrées par l'assuré n'ont pas à être prises en compte pour fixer le taux d'abattement, dès lors que le niveau de qualification professionnelle retenu ne nécessite pas une bonne maîtrise d'une langue nationale (arrêt du Tribunal fédéral 9C_42/2017 du 29 juin 2017 consid. 3.4). La nationalité étrangère du recourant ne revêt pas non plus de portée particulière (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 700/04 du 17 janvier 2006 consid. 4.3.3 et I 764/06 du 19 juin 2007). Par ailleurs, l'âge d'un assuré ne constitue pas per se un facteur de réduction du salaire statistique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). En revanche, contrairement à ce que soutient l'intimée, il paraît nécessaire de tenir compte du critère des limitations fonctionnelles, lesquelles excluent d'une part les travaux lourds et restreignent, d'autre part, le spectre des activités – même légères – susceptibles

d'être exercées. En effet, ne sont désormais accessibles au recourant que des professions permettant d'alterner les positions assise et debout, respectivement d'éviter les travaux de la nuque en hyperextension / hyperflexion, les stations debout ou assise prolongées, ainsi que le port de charges supérieures à 10 kg des deux côtés, étant précisé que ces limitations n'ont pas déjà été prises en compte pour justifier une incapacité de travail dans une activité adaptée. Au regard des circonstances du cas d'espèce et de la jurisprudence, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé se justifie (pour des cas similaires concernant des atteintes cervico-lombaires, voir par exemple les arrêts du Tribunal fédéral 9C_371/2013 du 22 août 2013 consid. 5.4 ; 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 ; 9C_279/2008 du 16 décembre 2008). Enfin, on précisera que l'OAI a également fixé l'abattement à 10 %, dans le cadre de la procédure parallèle en matière d'assurance-invalidité. Moyennant l'abattement précité de 10 %, on aboutit en définitive à un revenu d'invalidé pour 2019 de CHF 61'196.- (CHF 67'997.- x 0.9).

La comparaison des revenus déterminants conduit à un degré d'invalidité (arrondi) de 11 % ($(\text{CHF } 68'741.- - \text{CHF } 61'196.-) / \text{CHF } 68'741.- = 11 \%$), ouvrant droit à une rente correspondante de l'assurance-accidents (art. 18 LAA). Comme le droit à la rente ne saurait naître avant que les mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité aient été menées à terme (art. 19 al. 1 LAA), le dies a quo de cette rente doit en l'occurrence être fixé au 1^{er} août 2019, soit à l'issue du placement à l'essai auprès de « N_____ », durant lequel l'assuré a perçu des indemnités journalières de l'assurance-invalidité.

14. Le dossier permettant à la chambre de céans de se prononcer en connaissance de cause sur le bien-fondé de la décision attaquée, il est inutile d'ordonner une expertise judiciaire, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a).
15. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision litigieuse réformée, en ce sens que le recourant a droit au versement par l'intimée d'une rente d'invalidité de 11 % dès le 1^{er} août 2019.
16. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03).
17. La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et réforme la décision sur opposition du 18 novembre 2019, en ce sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité de 11 % dès le 1^{er} août 2019.
3. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Marie NIERMARÉCHAL

Eleanor McGREGOR

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