

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/203/2025

ATAS/632/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 août 2025

Chambre 8

En la cause

A_____
représenté par l'APAS-Association permanence défense des
patients et assurés

recourant

contre

**SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN
CAS D'ACCIDENTS**

intimée

**Siégeant : Marie-Josée COSTA, présidente suppléante ; Annie FAVRE et Christine
TARRIT-DESHUSSES, juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1976, effectuait une mission comme installateur électricien par l'entremise de l'entreprise B_____ SA, sise à Genève. À ce titre, il était assuré contre le risque d'accident, professionnel ou non, auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).
- b.** Le 17 février 2023, l'assuré a perdu l'équilibre alors qu'il était monté sur une échelle. Lors de sa chute de 1,5 mètres, il s'était blessé au poignet gauche, ce qui avait conduit à une incapacité totale de travail.
- c.** Selon la lettre de sortie des soins aigus des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG) du 24 février 2023, l'assuré a présenté une fracture de l'extrémité distale du radius, ainsi qu'une fracture-arrachement d'un fragment du triquetrum et du pisiforme gauche. Il a subi une ostéosynthèse de l'extrémité distale du radius par plaque palmaire le 22 février 2023.
- B.** **a.** Selon les comptes-rendus opératoires des 9 mai et 16 août 2023, l'assuré avait subi une ablation de matériel d'ostéosynthèse les 24 avril et 10 août 2023, soit d'abord l'ablation des broches scapho-lunaire et scapho-capitale, puis des plaques du poignet.
- b.** Selon le rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) de l'épaule du 7 juin 2023, l'assuré souffrait d'une fissure de la face profonde des fibres postérieures du tendon du muscle sus-épineux, non transfixiante, et d'une tendinopathie fissuraire non transfixiante de la face profonde de la partie supérieure du tendon du muscle sous-scapulaire.
- c.** Il ressortait du rapport de consultation du 22 novembre 2023 que l'assuré annonçait des douleurs de la colonne du pouce et de l'articulation interphalangienne du premier rayon, ainsi que de toutes les articulations interphalangiennes proximales des doigts longs. Il indiquait avoir des réminiscences des angoisses de mort et revivre la chute. Il expliquait connaître d'autres personnes décédées dans des circonstances similaires, de sorte qu'il se considérait un miraculé. La reprise en tant qu'électricien était actuellement non envisageable, l'incapacité de travail était notamment liée au trouble au stress post-traumatique que l'assuré semblait également présenter. Il lui avait été recommandé de prendre contact avec un psychologue. Un séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR) était suggéré afin de permettre d'accélérer la récupération et/ou d'évaluer la capacité de travail ou une reconversion.
- d.** L'assuré a séjourné à la CRR du 21 février au 27 mars 2024. Dans son rapport du 3 avril 2024, il était notamment précisé sous diagnostics que l'assuré présentait une fracture-impaction comminutive intra-articulaire peu déplacée de l'extrémité distale du radius avec extension du trait de fracture aux articulations radio-

carpienne et radio-ulnaire distales, une fracture-arrachement d'un fragment distal dorsal du triquetrum, une fracture-arrachement du pisiforme, une lésion du ligament scapho-lunaire, une lésion interstitielle profonde du tendon sus-épineux et une tendinopathie du sous-scapulaire de l'épaule gauche. Il était notamment relevé une arthrose radio-carpienne débutante, ainsi qu'un état de stress post-traumatique. Aucune nouvelle intervention n'était recommandée à ce stade. Il était préconisé la mise en place d'une psychothérapie afin de traiter l'état de stress post-traumatique, ainsi que les éléments dépressifs d'accompagnement. Le traitement médicamenteux préconisé avait été refusé par l'assuré. L'électroneuromyogramme (ENMG) était normal, il n'y avait pas d'argument pour une neuropathie tronculaire au niveau des nerfs médian, cubital (ulnaire) et radial. Les plaintes et les limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Il était relevé l'existence de facteurs contextuels influençant négativement les aptitudes fonctionnelles, soit une kinésiophobie légère à modérée, un catastrophisme élevé, une sous-estimation importante des aptitudes fonctionnelles, un état de stress post-traumatique, l'absence de contrat de travail et de formation reconnue en Suisse. Le traitement de physiothérapie devait être poursuivi, car il pouvait permettre d'améliorer la force et l'endurance du membre supérieur gauche, ce qui conduirait à une amélioration des capacités fonctionnelles. La réinsertion dans l'ancienne activité était jugée comme défavorable. S'agissant d'une activité adaptée, le pronostic était plutôt favorable. L'assuré avait renoncé à une mesure d'évaluation des capacités professionnelles en raison de l'éloignement avec ses proches.

e. Par décision du 28 mai 2024, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) a rejeté la demande de prestations de l'assuré concluant à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 13 novembre 2023. Il avait déterminé un degré d'invalidité de 9%.

f. Dans son rapport du 18 juillet 2024, le docteur C_____, médecin généraliste de l'assuré, a noté une arthrose radiocarpienne actuellement débutante avec raideur importante et douleurs du poignet gauche. L'assuré gardait des douleurs à la mobilisation active du poignet gauche. Il présentait une diminution de la force musculaire au niveau dudit poignet. Il avait également des douleurs à l'épaule gauche sur les atteintes de la coiffe avec gêne fonctionnelle, ainsi qu'au niveau du pouce gauche. L'assuré avait un suivi psychologique en raison d'un état de stress post-traumatique. Il avait du mal à accepter son handicap qu'il voyait comme un désavantage, car il ne pouvait pas occuper le poste de son choix. Dans les années à venir, une arthrodèse pourrait être proposée en cas de douleurs importantes et d'une arthrose très évoluée. L'idéal était une reconversion professionnelle, car l'assuré ne pourrait probablement pas reprendre son activité habituelle.

g. L'assuré a été soumis à un examen médical le 30 juillet 2024 à la CNA. Il ressortait du rapport du docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, que l'assuré se plaignait

de douleurs quotidiennes au poignet gauche, localisées à la face dorsale, sur le bord radio-ulnaire distal, irradiant le long de la face ulnaire de la main jusqu'au 5^e doigt. Ses douleurs avaient aussi un caractère migrant touchant les articulations métacarpo-phalangiennes et inter-phalangiennes, surtout quand il faisait froid. Les douleurs étaient évaluées à 5/10, aggravées principalement à l'effort de serrage, de vissage, mais aussi lors des changements météorologiques et au froid. L'assuré mentionnait un manque de force, une diminution de la dextérité qu'il compensait par l'utilisation préférentielle de la main et du poignet droit. S'agissant de l'épaule gauche, les douleurs étaient fixées à 1,5/10 ou 3/10 après des exercices de mobilisation. Elles étaient déclenchées par les mouvements d'abduction ou d'élévation et par toutes les activités en hauteur au-dessus du plan des épaules. Il avait un suivi psychologique à raison de deux fois par mois. L'assuré était droitier, mais utilisait sa main et son membre supérieur gauche en force pour travailler. Le Dr D_____ a considéré que la situation était stabilisée. Il concluait à l'impossibilité de reprendre l'activité habituelle, mais il retenait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. En parallèle, l'atteinte à l'intégrité était fixée à 17,5%. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de port de charges supérieures à 10-15 kg, pas de port de charges répété supérieures à 5-10 kg avec le membre supérieur gauche, pas de mouvements nécessitant de la force et des amplitudes importantes de la main et du poignet gauche, pas de mouvements répétés du poignet gauche et pas de travail prolongé avec membre supérieur gauche au-dessus du plan des épaules.

h. Par courrier du 19 août 2024, la CNA a mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 1^{er} octobre 2024. Il était retenu que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail à 100% dans une activité adaptée.

i. Par décision du 16 septembre 2024, la CNA a conclu à un degré d'invalidité de 9%, ce qui était insuffisant pour ouvrir le droit à la rente. Il était considéré que les troubles psychiques n'étaient pas en lien de causalité adéquate avec l'accident. Le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité était fixé à 17,5%.

j. Par courrier du 8 octobre 2024, l'assuré a formé opposition. Il faisait valoir que son état de santé n'était pas stabilisé, une opération devait être réalisée. Il n'était pas capable de travailler à 100% et ses limitations fonctionnelles étaient plus importantes, ce qui pourrait être attesté par son médecin. Il contestait également les revenus avec et sans invalidité. Le taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité devait être fixé à tout le moins à 20%. Il concluait en substance, principalement, à l'annulation de la décision et à la reprise du versement des indemnités journalières à 100% jusqu'à complète stabilisation. Subsidiairement, il sollicitait l'octroi d'une rente d'invalidité et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20% au moins.

k. Par courriel du 15 octobre 2024, l'assuré a demandé à la CNA de lui communiquer le récapitulatif des indemnités versées du 17 février 2023 au 1^{er} octobre 2024, car la caisse de chômage française le lui réclamait.

l. Par décision sur opposition du 27 novembre 2024, la CNA a maintenu sa position, l'assuré n'ayant pas complété sa contestation dans le délai imparti.

C. a. Par acte du 20 janvier 2025, posté le 21 janvier 2025, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition du 27 novembre 2024 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : Cour de céans), en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation en tant qu'elle refusait le droit à la rente et à l'octroi d'une rente de 16%. Subsidiairement, à l'octroi d'une rente de 11%. Le recourant fait valoir que le revenu de valide doit être fixé à CHF 72'730.- par an comme l'a fait l'OAI. Le revenu d'invalidité est également contesté, car un abattement de 10% doit être retenu en lieu et place des 5% accordés, ce en raison des limitations fonctionnelles importantes et du fait qu'il n'a pas d'autre formation que celle d'électricien, activité qu'il ne peut plus exercer.

b. Par réponse du 6 février 2025, l'intimée a conclu au rejet du recours.

c. Par réplique du 17 mars 2025, le recourant a invoqué que le revenu sans invalidité devait être fixé à CHF 73'977.- afin de tenir compte de l'augmentation de salaire pour l'année 2024. Il amplifiait ses conclusions, le degré d'invalidité étant de 17%, subsidiairement de 12%.

d. Par duplique du 2 avril 2025, l'intimée a persisté, développant que le calcul du revenu sans invalidité du recourant ne tenait pas compte des vacances et jours fériés fixés par la Convention collective de la métallurgie du bâtiment du canton de Genève (CCT).

EN DROIT

1.

1.1 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).

1.2 Selon l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (al. 2).

1.3 Le recourant vit en France mais son dernier employeur a son domicile à Genève, la Cour de céans est compétente à raison de la matière et du lieu pour juger du cas d'espèce.

1.4 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA *a contrario*).

Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu après cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit (cf. al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017.

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

1.5.1 Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi compte tenu de la suspension des délais et du report au premier jour utile (art. 38 al. 3 et al. 4 let. c LPGA), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente à compter du 1^{er} octobre 2024.

2.1 Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 et les références).

2.2 La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et la référence ; ATF 129 V 402 consid. 2.2 et les références).

2.3 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, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (art. 18 al. 1 LAA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA ; méthode ordinaire de la comparaison des revenus).

2.4 Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (al. 1) ; seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

2.5 Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

- 3.** 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. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).
- 4.** 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 142 V 435 consid. 1 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6. 1 et la référence).
- 5.** Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de

calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.3.1).

5.1 Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et les références).

5.2 Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; 134 V 322 consid. 4.1 et les références).

5.2.1 Le salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré comprend tous les revenus d'une activité lucrative (y compris les gains accessoires et la rémunération des heures supplémentaires effectuées de manière régulière) soumis aux cotisations à l'assurance-vieillesse et survivants. En effet, l'art. 25 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201) 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. 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. On rappellera cependant que l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents de même, l'assurance-invalidité n'est pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents. Pour établir le salaire réalisé en dernier lieu et son évolution subséquente, on se fondera en premier lieu sur les renseignements fournis par l'employeur. Tant pour les personnes salariées que pour celles de condition indépendante, on peut également se référer aux revenus figurant dans l'extrait du compte individuel de l'AVS (arrêt du Tribunal fédéral 8C_679/2020 du 1^{er} juillet 2021 consid. 5.1 et les références).

5.3 On évaluera le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. Lorsqu'il a repris l'exercice d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte

à la santé, il faut d'abord examiner si cette activité est stable, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social. Si ces conditions sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalidé (ATF 139 V 592 consid. 2.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 et les références).

5.3.1 En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 148 V 174 consid. 6.2 et les références ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et les références).

5.3.2 Il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1_tirage_skill_level, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_skill_level et non pas le tableau TA1_b (ATF 142 V 178). 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 ; tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte (arrêt du Tribunal fédéral 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2.1 et la référence). Il y a en revanche lieu de se référer à la ligne « total secteur privé » lorsque l'assuré ne peut plus raisonnablement exercer son activité habituelle et qu'il est tributaire d'un nouveau domaine d'activité pour lequel l'ensemble du marché du travail est en principe disponible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_405/2021 du 9 novembre 2021 consid. 5.2.1 et les références). En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques dans le secteur privé) pour se référer à la table TA7 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon le domaine d'activité dans les secteurs privé et public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible. C'est le lieu de préciser que les tables TA1, T1 et TA7 des ESS publiées jusqu'en 2010 correspondent respectivement aux tables TA1_skill_level, T1_tirage_skill_level et T17 des ESS publiées depuis 2012 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2.2 et les références). La valeur statistique – médiane – s'applique, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop

astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_801/2021 du 28 juin 2022 consid. 3.6).

5.3.3 Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a récemment estimé qu'il n'y a pas de motif sérieux et objectif de modifier la jurisprudence selon laquelle la détermination du revenu d'invalidé sur la base des valeurs statistiques se fonde en principe sur la valeur centrale, respectivement médiane, de l'ESS (ATF 148 V 174 consid. 9.2.3 et 9.2.4).

5.3.4 Depuis la 10^e édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_skill_level de l'ESS 2012 ; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (arrêt du Tribunal fédéral 9C_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1 et les références).

5.3.5 La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles

du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Une telle déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'intéressé ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; ATF 146 V 16 consid. 4.1 et les références; ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). 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'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; ATF 126 V 75 consid. 5b/bb et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 3.3 et les références).

5.3.6 À cet égard, le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire cantonale n'est pas limité à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative (« Angemessenheitskontrolle »). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans l'exercice de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. À cet égard, le tribunal des assurances sociales ne peut pas, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2 et la référence).

5.3.7 Concernant l'abattement pour les limitations fonctionnelles, on rappellera qu'une réduction au titre du handicap dépend de la nature des limitations fonctionnelles présentées et n'entre en considération que si, sur un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (ATF 148 V 419 consid. 6 et les références).

5.3.8 L'absence d'expérience et de formation ne joue pas de rôle sur les perspectives salariales lorsque le revenu d'invalide est déterminé en référence au salaire statistique auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives de niveau de compétence 1. En effet, ce niveau de compétence de l'ESS concerne une catégorie d'emplois ne nécessitant ni formation ni expérience professionnelle spécifique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_118/2021 du 21 décembre 2021 consid. 6.3.2).

5.3.9 La prise en compte d'un abattement en raison des années de service ne se justifie guère dans le cadre du niveau de compétence 1, l'influence de la durée de service sur le salaire étant peu importante dans cette catégorie d'emplois (arrêt du Tribunal fédéral 8C_280/2022 du 1er mars 2023 consid. 7.2.4).

5.3.10 Le salaire fondé sur les ESS doit encore être adapté à l'horaire de travail usuel de la branche, et indexé à l'année déterminante en tenant compte des valeurs spécifiques au sexe (ATF 129 V 408).

5.3.11 Le cas échéant, il y a lieu d'adapter le salaire statistique à l'évolution des salaires nominaux en appliquant soit le chiffre définitif de l'indice suisse des salaires nominaux publié au moment déterminant de la décision litigieuse, soit la plus récente estimation trimestrielle (cf. ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_659/2022 du 2 mai 2023 consid. 7.2).

6. En l'espèce, le recourant conteste les revenus sans et avec invalidité, sollicitant pour ce dernier un abattement de 10% en lieu et place des 5% accordés. Pour sa part, l'intimée fait valoir que le calcul du revenu sans invalidité effectué par le recourant ne prend pas en compte les vacances et les jours fériés prévus par la CCT. S'agissant de l'abattement, il ne se justifiait pas de l'augmenter au vu des spécificités du dossier.

6.1 En ce qui concerne tout d'abord le revenu sans invalidité, l'intimée a retenu un montant de CHF 71'090.47 en se basant sur le calcul suivant : CHF 31.55 (soit le salaire horaire de CHF 31.- prévu dans le contrat de mission augmenté de CHF 0.55 dès mars 2024 selon la CCT) x 40 heures x 52 semaines + 8.33%.

Pour sa part, le recourant considère que le revenu sans invalidité devrait se calculer selon le procédé appliqué par l'OAI, soit salaire horaire de CHF 38.53, incluant les indemnités vacances (9,24%), jours fériés (3,58%) et 13^{ème} salaire (8,33%), x 40 heures x 48 semaines, après prise en compte de l'augmentation de CHF 0.55 de 2024. Il arrive à un montant de CHF 73'977.-.

Selon la CCT, modifiée par accord du 17 octobre 2023, dès le 1^{er} mars 2024, l'augmentation de salaire est effectivement de CHF 0.55 (art. 1).

S'agissant du nombre de semaine de travail, objet litigieux, il ressort de la CCT reprise par le recourant que son droit aux vacances serait de 22 jours (art. 25 let. c CCT). Quant aux jours fériés, ils s'élèvent à 9 selon l'art. 26 CCT. L'horaire de travail s'étend par ailleurs du lundi au vendredi (art. 11 CCT), soit 5 jours par semaine.

Il en résulte un total de 31 jours non travaillés, ce qui revient à environ 6 semaines. Sur 52 semaines par année, il en résulte donc environ 46 œuvres.

Dès lors comme le relève à juste titre l'intimée, le calcul du recourant est incorrect puisque basé sur 48 semaines en lieu et place de 46 semaines.

Par conséquent, en rectifiant ce point, le revenu sans invalidité selon la méthodologie appliquée par le recourant serait de CHF 70'895.20 (CHF 38.53 x 40 heures x 46), ce qui est légèrement inférieur au montant retenu par l'intimée. À ce stade, il sied par ailleurs de préciser que le salaire horaire devrait en réalité être de CHF 38.22, le recourant ayant mal calculé l'indemnité relative au 13^{ème} salaire.

Le revenu sans invalidité de CHF 71'090.- fixé par l'intimée, favorable au recourant, sera donc confirmé.

6.2 En ce qui concerne le revenu avec invalidité, seul l'abattement est contesté, le recourant sollicitant un abattement de 10% afin de tenir compte de ses limitations fonctionnelles et de son absence de formation dans un autre domaine que l'électricité.

Il sera relevé en tant que de besoin que le recours aux statistiques, le choix de la table et l'application de la valeur centrale du niveau 1 sont en l'espèce conformes à la jurisprudence en la matière rappelée précédemment.

Conformément aux principes jurisprudentiels précités, les activités du niveau de compétence 1 ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique, elles sont par ailleurs disponibles indépendamment de l'âge.

Par ailleurs, vu le large éventail d'activités variées et non qualifiées qui sont incluses dans le niveau de compétence 1, l'accessibilité du recourant à des activités adaptées et respectueuses de ses limitations qui portent sur son membre supérieur non dominant est garantie.

Il ne se justifie dès lors pas de tenir compte d'un abattement supérieur, étant d'ailleurs souligné, même si cela n'a pas de valeur contraignante, que l'OAI n'a pris en compte aucun abattement.

Par conséquent, le revenu avec invalidité de CHF 64'824.- doit également être confirmé, ce qui conduit à un degré d'invalidité de 8,8%, soit à 9% après arrondissement.

6.3 Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

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

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario*).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente suppléante

Nathalie KOMAISKI

Marie-Josée COSTA

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