



POUVOIR JUDICIAIRE

A/100/2023

ATAS/141/2024

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 4 mars 2024

Chambre 6

En la cause

A _____

recourant

représenté par Me Marie-Josée COSTA, avocate

contre

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

intimée

Représentée par Me Jeanne-Marie MONNEY, avocate

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Yves MABILLARD, Michael
RUDERMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

A. a. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1975, travaillait en tant que machiniste à 100% pour la société B_____ SA. À ce titre, il était assuré auprès de la SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA ou l'intimée).

L'assuré travaillait également en tant qu'employé d'entretien à raison de 12.5 heures par semaine auprès de la société C_____ SA.

b. Le 12 août 2015, l'assuré a glissé d'un escabeau et chuté alors qu'il se trouvait en vacances au Portugal.

c. Le 24 août 2015, le docteur D_____, radiologue, a procédé à une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du poignet gauche de l'intéressé. Dans le rapport postérieur à l'IRM, il a conclu à la présence d'une fracture du pôle distal de l'os scaphoïde gauche.

d. La docteure E_____, généraliste et médecin traitante de l'assuré, a confirmé ce diagnostic dans son rapport médical initial du 27 septembre 2015 adressé à la SUVA. L'incapacité de travail était totale depuis l'accident et le traitement était encore en cours.

e. Dans son rapport du 22 novembre 2015, le docteur F_____, chirurgien orthopédiste, a pour sa part fait état d'un diagnostic de fracture du cuboïde. L'incapacité de travail totale, mais l'évolution et le pronostic étaient décrits comme favorables.

f. Une IRM du 13 janvier 2016 du Dr D_____ a mis en évidence un nouveau trait de fracture au niveau du tiers proximal de l'os scaphoïde.

g. Le 1^{er} mars 2016, le docteur G_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main, a indiqué que la fracture du pôle distal du scaphoïde droit s'était bien consolidée, mais que l'assuré avait développé une ostéonécrose du pôle proximal du scaphoïde. Si celle-ci persistait, la future capacité de travail dans une activité manuelle était réservée.

h. Le 2 septembre 2016, le docteur H_____, chef de clinique à l'unité de chirurgie de la main et des nerfs périphériques des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG), a confirmé les diagnostics posés précédemment et émis des réserves quant à la possibilité de l'assuré à pouvoir à nouveau effectuer des tâches lourdes dans le secteur du bâtiment. Une reconversion professionnelle était suggérée.

i. Le 28 avril 2017, le Dr H_____ a rapporté une chondropathie sévère radio-scaphoïdienne, médio-carpienne et radio-ulnaire et préconisé une prise en charge chirurgicale.

j. Le 29 mai 2017 il a ainsi procédé à une scaphoïdectomie au poignet gauche et arthrodèse médio-carpienne par deux agrafes et trois broches ainsi qu'une dénervation du nerf interosseux postérieur. Les broches ont été enlevées le 11 septembre 2017 après consolidation complète prouvée par scanner.

k. L'assuré a fait un séjour à la clinique romande de réadaptation de la SUVA (ci-après : la CRR) du 17 octobre au 14 novembre 2017. Les médecins de la CRR ont retenu les diagnostics de traumatisme du poignet gauche avec fracture du scaphoïde compliquée par une nécrose avasculaire du poignet gauche avec fracture du pôle proximal du scaphoïde et arthrose radio-scaphoïdienne et médio-carpienne et, sur le plan psychiatrique, de troubles anxieux sans précision. Les plaintes et limitations fonctionnelles (pas d'activités nécessitant de la force de la main gauche, sans mouvements répétés de la main gauche, sans mouvements répétés du poignet gauche. Sans port de charge de plus de 10 kg) s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Une stabilisation médicale était attendue à six mois. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable. Il était en revanche favorable dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles.

l. Le 16 février 2018, la docteure I_____, chef de clinique à l'unité de chirurgie de la main et des nerfs périphériques des HUG, a indiqué que l'arthroscanner avait mis en évidence une consolidation de l'arthrodèse radio-carpienne ainsi qu'une arthrose radio-ulnaire distale. L'assuré était désireux de reprendre une activité sans port de charges lourdes.

m. Le 26 avril 2018, lors d'un entretien avec la case manager de la SUVA, l'assuré a indiqué être désormais suivi par le docteur J_____, psychiatre. Avant l'accident, il était déjà suivi par un autre psychiatre et prenait également des antidépresseurs.

n. Le 6 juillet 2018, le Dr J_____ a rapporté le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode moyen.

o. Le 21 mai 2019, le docteur K_____, médecin associé du service de chirurgie de la main auprès du centre hospitalier universitaire vaudois a procédé à une dénervation complète du poignet gauche (neurectomie des nerfs interosseux postérieur et antérieur) et à une section des branches sensitives articulaires du nerf médian, de la branche superficielle du nerf radial et de l'artère radiale, du nerf ulnaire sa branche dorsale et des espaces intermétacarpiens un à quatre.

p. Vu l'absence de bénéfice de la dénervation, le Dr K_____ a procédé à une pan-arthrodèse du poignet gauche avec interposition d'une greffe d'os spongieux au dépend de la crête iliaque ipsilatérale en date du 25 février 2020.

q. Le 26 avril 2021, le Dr K_____ a procédé à un complément d'arthrodèse du poignet gauche avec prélèvement osseux à l'olécrâne et triquetrum, une fixation par plaque et une excision du triquetrum et de l'agrafe sur le carpe ulnaire.

r. Le docteur L_____, rhumatologue, a vu l'assuré le 18 juin 2020 en raison de lombosacralgies, présentes depuis l'opération de prise de greffe iliaque. Sur IRM, il a identifié une discopathie L5-S1 Modic 1 sans anomalie des sacro-iliaques. De la physiothérapie était préconisée, un traitement anti-inflammatoire n'étant pas toléré sur le plan gastrique. La reprise d'une activité contraignante pour le rachis était considérée impossible.

s. Le 18 janvier 2022, le docteur M_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie et médecin conseil de la SUVA, a examiné l'assuré. Il a confirmé que, concernant l'atteinte au poignet, l'exigibilité était désormais en deçà de ce qui avait pu être retenu à la sortie de la CRR en 2017. Dans l'axe, le port de charge ne pouvait excéder au maximum 10 kg et difficilement plus de 2 ou 3 kg dans l'usage, ce qui limitait toute activité de force avec la main gauche, tout mouvement répété au niveau du poignet, puisque celui-ci n'était plus mobile et toute vibration. La mobilité des épaules et des coudes n'était pas altérée et le membre supérieur droit était très puissant dans ses capacités physiques. Le lien de causalité naturelle entre les troubles rachidiens et l'accident n'était pas retenu.

t. Le 3 mars 2022, le Dr K_____ a indiqué que la situation était stable, la consolidation radio-carpienne et carpo-métacarpienne étant acquise. Il relevait une perte de force de poigne de 85% à gauche, le caractère douloureux des contraintes mécaniques, même légères, dudit poignet, l'incapacité d'associer le port de charges de la main gauche et une prono-supination ainsi que des troubles de la concentration et une fatigue chronique en raison de la médication. Le spécialiste n'avait plus de proposition pour améliorer les capacités fonctionnelles.

u. Le 4 avril 2022, le Dr M_____ a indiqué que le cas était désormais stabilisé. Il a réitéré les limitations fonctionnelles listées au terme de l'examen du 18 janvier 2022. Dans une activité respectant dites limitations, l'exigibilité était entière, sur le plan somatique, sans perte de rendement. L'activité antérieure n'était en revanche pas exigible.

En parallèle, il a fixé le taux de l'indemnité pour attente à l'intégrité (ci-après : IPAI) à 23.5%.

B. a. Par décision du 14 juin 2022, la SUVA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 33% à partir du 1^{er} juillet 2022 (le droit à l'indemnité journalière prenant fin la veille), sur la base d'un gain annuel assuré de CHF 97'005.-, ainsi qu'une IPAI de 23.5% pour les suites de l'accident du 12 août 2015.

b. L'assuré a formé opposition contre cette décision le 27 juin 2022. Il a complété son opposition le 28 septembre 2022, par l'intermédiaire de son avocate, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente plus importante.

Il a notamment produit un rapport du 1^{er} septembre 2022 du Dr K_____ dans lequel celui-ci retenait une capacité résiduelle de 50% dans une activité monomanuelle respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de

charge dans l'axe vertical de plus de 5kg ; pas de port de charge hors de l'axe vertical de plus de 1kg ; aucun port de charge répété, pause manuelle de dix minutes après chaque charge ; aucune association de port de charge de la main gauche avec une prono-supination. Il était encore précisé que les douleurs chroniques, les troubles de la concentration et la fatigue chronique du fait de la médication participaient à la baisse de rendement.

Au vu de ces éléments, l'assuré estimait que la SUVA devait revoir son appréciation médicale. De plus, vu les spécificités de son cas, il n'était manifestement pas possible de s'appuyer sur les statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour évaluer le revenu d'invalidité. L'abattement devait en outre être revu à la hausse. Enfin, le gain assuré et le revenu sans invalidité avaient été calculés sans prendre en compte certaines indemnités faisant partie du salaire.

c. Le 30 novembre 2022, la SUVA a partiellement admis l'opposition, portant la rente d'invalidité à 36%, du fait de la prise en compte d'une indemnité de pause de 2.9% du revenu de son activité principale (prévue par la Convention complémentaire genevoise à la convention nationale du secteur principal de la construction en Suisse, ci-après : CCT-GE) ainsi que d'une actualisation des statistiques suite à la publication par l'office fédéral de la statistique des chiffres de l'ESS 2020. Les autres griefs étaient en revanche rejetés.

La SUVA estimait que l'opposant n'apportait aucun argument médical objectif permettant de contredire les conclusions du Dr M_____. En particulier, le Dr K_____ n'expliquait pas en quoi une activité adaptée ne serait exigible qu'à 50%. Pour ce qui était des médicaments, ils ne pouvaient justifier une baisse de rendement en lien avec l'accident. En effet, le Dafalgan ne pouvait pas altérer la vigilance. Quant aux autres médicaments prescrits, ils ne l'étaient pas en raison des séquelles de l'accident. Il n'y avait ainsi pas lieu de remettre en question les limitations fonctionnelles et la capacité de travail retenues.

Le recours aux statistiques pour fixer le revenu d'invalidité était également fondé, dans la mesure où l'assuré n'avait jamais repris d'activité professionnelle suite à l'accident, de sorte qu'il n'était pas possible de se référer à sa situation concrète. La prise en compte des données concernant un homme dans le secteur privé avec un niveau de compétence 1, correspondant à des tâches physiques ou manuelles simples et ne nécessitant aucune formation particulière (TA1_tirage_skill_level, homme, niveau de compétence 1) était adaptée à la situation.

Concernant l'abattement, il était justifié de le maintenir à 10% s'agissant d'un assuré âgé de 46 ans lors de l'examen du droit à la rente, titulaire d'une autorisation d'établissement, non limité dans le port de charges du côté droit (dominant) ni dans les déplacements ou les positions et dont la mobilité des doigts de la main gauche était complète.

Enfin, « l'indemnité professionnelle versée mensuellement » n'avait pas à être intégrée dans le revenu sans invalidité s'agissant d'indemnités payées par jour travaillé et non soumises à l'AVS.

C. a. L'assuré a recouru contre cette décision le 13 janvier 2023, concluant à son annulation et à une réévaluation à la hausse du degré d'invalidité. Une expertise médicale judiciaire était requise à titre préalable. Les griefs étaient les mêmes que ceux soulevés dans le cadre de l'opposition, soit une appréciation erronée de la situation médicale ainsi qu'une mauvaise évaluation du gain assuré et du degré d'invalidité.

b. L'intimée a répondu le 19 avril 2023 par l'intermédiaire de son conseil, concluant au rejet du recours en développant les arguments d'ores et déjà évoqués dans la décision sur opposition du 30 novembre 2022.

c. Le 9 mai 2023, le recourant a répliqué, persistant dans les termes et conclusions de son opposition et de son recours. Concernant en particulier l'abattement, il soulignait que l'intimée omettait de prendre en compte qu'il avait été éloigné du marché du travail pendant plus de sept ans, qu'il avait toujours travaillé dans le bâtiment et le nettoyage, (soit des activités qu'il ne pouvait plus effectuer en raison de son état de santé), qu'il travaillait de longue date pour ses derniers employeurs et que sa capacité de travail était limitée. Pour ce qui était du gain assuré, l'intimée avait notamment oublié d'y intégrer le salaire qu'il aurait perçu pour l'activité de nettoyage s'il n'avait pas été malade quelques jours en novembre 2014. En outre, elle n'avait pas non plus calculé l'indemnité pour pause prévue par la CCT-GE en y intégrant une part de 13^{ème} salaire. Dès lors, le revenu sans invalidité devait être fixé à CHF 97'657.50 en lieu et place du montant de CHF 97'005.- retenu dans la décision entreprise.

d. L'intimée a dupliqué le 30 mai 2023, reconnaissant que le revenu que le recourant n'avait pas pu percevoir durant son absence pour cause de maladie du 7 au 16 novembre 2014 devait être prise en compte dans le calcul du gain assuré, ce qui augmentait celui-ci de CHF 323.90 (6 jours x 2.5 heures x CHF 18.40 = CHF 276 + 8.33% d'indemnité vacances + 8.33% de 13^{ème} salaire) et le portait, sans prendre en compte l'indexation, à CHF 13'975.36 pour la partie nettoyage et CHF 73'280.40 pour la partie construction. Dans la mesure cependant où les deux activités dont il était question concernaient des branches différentes de la classification de l'ESS, soit les branches 41-43 « construction » pour l'activité auprès de B_____ et les branches 77-82 « nettoyage courant de bâtiments » pour l'activité auprès de C_____ SA, il convenait d'appliquer les indices distincts relatifs à chacune de ces activités. Le gain assuré relatif au nettoyage se montait ainsi à CHF 14'286.83 (CHF 13'975.36 x 105.5 / 103.2) et celui de la construction à CHF 75'568.18 (CHF 73'280.40 x 105.7 / 102.5). Une fois ajoutées les allocations familiales de CHF 7'200.-, le gain assuré total s'élevait donc à CHF 97'055.- au lieu de CHF 97'005.- tel que retenu dans la décision entreprise.

Pour le surplus, l'intimée persistait dans les termes de dite décision.

e. Par observations du 19 juin 2023, le recourant a également persisté.

f. 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Le 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 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA a contrario).
4. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien 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 jusqu'au 31 décembre 2016.
5. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA), le recours est recevable.

6. Le litige porte sur la quotité du droit à la rente d'invalidité à laquelle le recourant a droit de la part de l'intimée.

7.

7.1 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).

7.2 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).

7.3 Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.1 et les références). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (arrêt du Tribunal fédéral 8C_650/2019 du 7 septembre 2020 consid. 3 et les références). La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2).

8.

8.1 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 aLAA). 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).

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).

8.2 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.

Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). L'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures - comme une cure thermale - ne donnent droit à sa mise en oeuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2 et les références). Il faut en principe que l'état de santé de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C_591/2022 du 14 juillet 2023 consid. 3.2 et la référence).

Dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, il appartient à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 3.2 et les références).

9.

9.1 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).

9.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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).

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

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères: s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une

expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_691/2021 du 24 février 2022 consid. 3.4).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes mêmes faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.6).

9.4 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 135 V 465 consid. 4.5 et les références; ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

10.

10.1 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).

10.2 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).

10.3 Les rentes sont calculées d'après le gain assuré (art. 15 al. 1 LAA). Est déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident (art. 15 al. 2, 2^e phrase, LAA). Le législateur a chargé le Conseil fédéral d'édicter des prescriptions sur le gain assuré pris en considération dans des cas spéciaux, soit notamment lorsque l'assuré est occupé de manière irrégulière (art. 15 al. 3 let. d LAA). Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a prévu à l'art. 22 al. 4 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) que les rentes sont calculées sur la base du salaire que l'assuré a reçu d'un ou plusieurs employeurs durant l'année qui a précédé l'accident, y compris les éléments de salaire non encore perçus et auxquels il a droit (1^{re} phrase); si les rapports de travail ont duré moins d'une année, le salaire reçu au cours de cette période est converti en gain annuel (2^e phrase); en cas d'activité de durée déterminée, la conversion se limite à la durée prévue (3^e phrase).

10.4 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). Toutefois, lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le salaire doit être établi sur la base de valeurs moyennes. Autrement dit, dans un tel cas, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide (arrêt du Tribunal fédéral 8C_50/2022 du 11 août 2022 consid. 5.1.1 et la référence).

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 1er juillet 2021 consid. 5.1 et les références).

10.5 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).

10.6 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 ; 143 V 295 consid. 2.2 et les références).

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'invalide 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 (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).

10.7 Les tableaux TA1, T1 et T17 de l'ESS 2020 ont été publiés le 23 août 2022; l'ESS 2018, le 21 avril 2020; l'ESS 2016, le 26 octobre 2018 (étant précisé que le tableau T1_tirage_skill_level a été corrigé le 8 novembre 2018); et l'ESS 2014, le 15 avril 2016.

10.8 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'invalide 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).

Depuis la 10e 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).

10.9 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 ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 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 ; 146 V 16 consid. 4.1 et les références ; 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'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 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).

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. A 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).

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).

Par exemple, un abattement de 10% a été confirmé par le Tribunal fédéral dans un cas de non-usage de la main et du bras gauches, la personne assurée pouvant trouver dans le marché du travail équilibré des emplois ne nécessitant pas l'usage de la main et du bras gauches, tels que des activités simples de surveillance, examen et contrôle ainsi que l'utilisation et la surveillance de machine semi-automatique ou d'unités de production (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_366/2013 du 18 juin 2013 consid. 4.2).

10.10 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).

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).

- 11.** Selon l'art. 24 al. 2 OLAA, lorsque le droit à la rente naît plus de cinq ans après l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle, le salaire déterminant est celui que l'assuré aurait reçu, pendant l'année qui précède l'ouverture du droit à la rente, s'il n'avait pas été victime de l'accident ou de la maladie professionnelle, à condition toutefois que ce salaire soit plus élevé que celui qu'il touchait juste avant la survenance de l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle.

Selon la jurisprudence, l'art. 24 al. 2 OLAA s'applique non seulement lorsque le début du droit à la rente est retardé en raison d'un traitement médical de longue durée et le versement d'indemnités journalières correspondantes, mais aussi en cas de rechutes (ou de séquelles tardives) survenues plus de cinq ans après l'accident. Lors de la détermination du gain assuré, il convient de se référer au rapport de travail antérieur et de ne pas tenir compte des rapports de travail qui n'ont commencé qu'après l'accident (ATF 147 V 213 consid. 3.4.4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_401/2022 du 31 janvier 2023 consid. 5.2 et les références).

- 12.** Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de

vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

13.

13.1 Dans un premier grief, le recourant reproche à l'intimée d'avoir procédé à une appréciation erronée de la situation médicale en se fondant uniquement sur le rapport du 5 avril 2022 du Dr M_____, lequel n'aurait aucune valeur probante, du fait notamment : qu'il n'a pas revu l'intéressé lors de l'établissement du rapport précité ; qu'il écarte les conclusions du Dr K_____, manifestement sans les comprendre et que ses conclusions seraient incohérentes au vu des limitations fonctionnelles retenues.

La chambre de céans relève tout d'abord que s'il est exact que le chirurgien conseil de l'intimée n'a pas revu le recourant lors de l'établissement de son rapport du 5 avril 2022, il l'avait en revanche examiné moins de trois mois auparavant, le 18 janvier 2022. Or, aucun élément au dossier n'indique que l'état de santé aurait évolué dans l'intervalle. Au contraire, la teneur du rapport du 18 janvier 2022 est très proche de celle du rapport du 5 avril 2022 et tend déjà à montrer que l'état était déjà stabilisé. De plus, l'intervalle entre les deux rapports du Dr M_____ semble avoir uniquement eu pour objectif de requérir la position du Dr K_____, notamment quant à d'éventuelles nouvelles propositions pour améliorer les capacités fonctionnelles. Or, ce dernier a confirmé la stabilisation de l'état de santé et l'absence de pistes thérapeutiques. L'état est d'ailleurs décrit comme stable depuis le contrôle précédent de septembre 2021, soit avant l'examen du Dr M_____ du 18 janvier 2022 (rapport du Dr K_____ du 1^{er} septembre 2022, p.4). Dans ces circonstances, il n'était pas nécessaire que le Dr M_____ revoie le recourant aussi peu de temps après son examen précédent.

Pour le surplus, les limitations fonctionnelles, en lien avec l'accident, retenues par le Dr K_____ sont les suivantes : pas de port de charge dans l'axe vertical de plus de 5kg ; pas de port de charge hors de l'axe vertical de plus de 1kg ; aucun port de charge répété, pause manuelle de dix minutes après chaque charge ; aucune association de port de charge de la main gauche avec une pronosupination. Il était encore précisé que l'activité devait être monomanuelle, que la capacité de travail était de 50% au maximum dans une activité adaptée et qu'il convenait de retenir une baisse de rendement du fait des douleurs chroniques, des troubles de la concentration et de la fatigue chronique résultant de la médication.

Quant au Dr M_____, il a pour sa part admis que dans l'axe, le port de charge ne pouvait excéder au maximum 10 kg et difficilement plus de 2 ou 3 kg dans l'usage, ce qui limitait toute activité de force avec la main gauche et tout mouvement répété au niveau du poignet (celui-ci n'étant plus mobile) et toute vibration. La mobilité des épaules et des coudes n'était pas altérée et le membre supérieur droit était très puissant dans ses capacités physiques.

Les divergences essentielles entre les deux appréciations concernent le port de charge maximal, ainsi que la question de la baisse de rendement et de la diminution de la capacité de travail à 50%, ce même dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Concernant le port de charge, la chambre de céans relève que, comme cela sera examiné dans la partie relative au type d'activité exigible (cf. 14.4), la différence à cet égard entre les deux appréciations médicales n'a pas d'incidence sur le taux d'invalidité.

Pour ce qui est ensuite de la baisse de rendement évoquée par le Dr K_____, elle découlerait, des douleurs chroniques, les troubles de la concentration et la fatigue chronique résultant de la médication. Or, le Dr K_____ précise que si les douleurs sont présentes (5/10) lors de la mise à contribution active du poignet gauche hors attelle, ce même pour une activité légère (rapport du 3 mars 2022, p. 2 et rapport du 1^{er} septembre 2022 p.2 et p. 4), elles sont cependant nulles (0/10) lorsque le poignet est au repos. Lorsque l'attelle est portée, elles sont également absentes. Il y a de plus lieu de relever que l'assuré ne prend pas d'antidouleurs sur une base régulière mais uniquement du Dafalgan en réserve (certificat du 3 mars 2022, p. 3). Dans ces circonstances, rien ne justifie, sous l'angle des douleurs, de retenir une perte de rendement quelconque dans une activité ne mettant pas le poignet gauche à contribution au-delà des limitations fonctionnelles retenues par le chirurgien traitant lui-même.

Concernant les troubles de la concentration et la fatigue chronique résultant de la médication et comme le relève l'intimé, ils ne sauraient être imputés à l'évènement assuré. En effet, le Dafalgan, pris en réserve, est le seul antalgique pris en lien avec les séquelles de l'accident. Or, il ne comporte pas de tels effets secondaires. Les deux autres traitements suivis sur une base régulière sont le

Remeron et le Dolmadorm, soit un antidépresseur et un hypnotique, pris pour des motifs n'entrant pas en lien de causalité avec l'accident. Le Dr K_____ précise d'ailleurs notamment que les insomnies ne sont pas liées aux douleurs (rapport du 3 mars 2022, p.2). Dès lors, s'il est exact que leurs effets secondaires peuvent comporter des troubles de la concentration et une fatigue chronique, conséquemment une diminution de rendement, celle-ci n'a pas à être prise en charge par l'assureur LAA.

Enfin, s'agissant du besoin de pauses toutes les 10 minutes, il s'applique uniquement suite au port de charges répétées.

Dans ces circonstances, l'affirmation du Dr K_____ selon laquelle la capacité de travail et de rendement du recourant serait limitée du fait des suites de l'accident, ce dans n'importe quelle activité ne saurait être suivie. À défaut, en outre, d'un quelconque argumentaire à l'appui de cette posture, la chambre de céans ne peut que constater, en accord avec le Dr M_____ et l'intimée que, si tant est qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles existe (ce qui sera analysé ci-après : cf. 13.4), la capacité de travail et de rendement dans un tel emploi serait entière.

Pour le surplus, concernant précisément les limitations fonctionnelles retenues par le Dr K_____ et le Dr M_____, leur étendue est si proche qu'il n'est pas nécessaire de déterminer laquelle des deux évaluations est la plus convaincante. En effet, comme la chambre de céans l'expliquera ci-après (cf. 13.4), même en retenant les limitations fonctionnelles les plus favorables au recourant, soit celles du Dr K_____ (pas de port de charge dans l'axe vertical de plus de 5kg ; pas de port de charge hors de l'axe vertical de plus de 1kg ; aucun port de charge répété, pause manuelle de dix minutes après chaque charge ; aucune association de port de charge de la main gauche avec une prono-supination), le revenu d'invalidé demeure inchangé.

Pour le surplus, dans la mesure où, sous réserve des éléments qui viennent d'être clarifiés, les constatations et conclusions du chirurgien traitant du recourant et du chirurgien conseil de l'intimée sont très semblables, claires et convaincantes, il n'y a pas lieu de donner suite à la demande de mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire formulée par le recourant. Les éléments médicaux au dossier permettent en effet pleinement de trancher le litige à satisfaction de droit.

C'est ainsi à juste titre que l'intimée a retenu, sous l'angle médical, une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

13.2 Le recourant conteste ensuite le calcul du gain assuré effectué par l'intimée, qui : omet l'indemnité vacances et jours fériés ainsi que les allocations familiales genevoises ; tient compte d'un salaire horaire erroné pour l'activité de nettoyeur ; ne prend pas en compte l'indemnité pour pauses dans le calcul du 13^{ème} salaire.

Concernant l'activité de nettoyage, l'intimée a pris en compte tous les éléments ressortant des fiches de salaire (y compris l'indemnité vacances) relatives à l'année ayant précédé l'accident, soit du 12 août 2014 au 11 août 2015.

L'augmentation du salaire horaire de CHF 18.40 à CHF 18.60 au 1^{er} janvier 2015 figure sur ces fiches. Il en ressort un salaire brut pour cette période de CHF 13'651.46. Comme l'intimée l'admet à juste titre dans sa duplique du 30 mai 2023, il convient cependant d'ajouter à cette somme le salaire auquel l'intéressé aurait pu prétendre s'il n'avait pas été absent pour cause de maladie du 7 au 16 novembre 2014 (art. 24 al. 1 OLAA), soit CHF 323.90. Ce montant correspond à 15 heures de travail (6 jours de travail x 2.5 heures de travail par jour) à CHF 18.40 par heure (en 2014) auxquels ont été ajoutés le 13^{ème} salaire et l'indemnité vacances (15 heures x CHF18.40 + 8.33% + 8.33%). Le gain assuré total relatif à cette activité se monte ainsi bien à CHF 13'975.36.

Adapté à la hausse des salaires nominaux pour les hommes durant la période de 2015 (103.2) à 2021 (105.5), tel qu'elle ressort du tableau T1.1.10, hommes 77-82 (activités de service administratif et de soutien, secteur économique 812100 « nettoyage courant des bâtiments »), le gain assuré se monte à CHF 14'286.83.

Pour l'activité principale du recourant dans le domaine de la construction, l'intimée a procédé de la même manière en cumulant les revenus, selon les fiches de salaire de B_____ SA des douze mois ayant précédé l'accident, abstraction faite de la période d'incapacité de travail de novembre 2014 qui a été pris en compte comme s'il avait été travaillé dans son intégralité, conformément à l'art. 24 al. 1 OLAA.

Il sied tout d'abord de préciser que les fiches de salaire font mention des allocations familiales (en sus du salaire) et que celles-ci ont donc bien été prises en compte dans le calcul de l'intimée, ce que le recourant reconnaît dans ses observations finales. Quant à l'indemnité de 2.9% pour pause, c'est à juste titre qu'elle n'est pas ajoutée au 13^{ème} salaire, dans la mesure où l'art. 1 let. b de la CCT-GE, sur laquelle cette indemnité est fondée l'exclut explicitement en précisant qu'elle est calculée « 13^{ème} salaire et vacances non compris ». Il ressort d'ailleurs de la fiche de salaire de B_____ SA relative à décembre 2014 que le 13^{ème} salaire du recourant était bien calculé sur la base de son salaire mensuel hors indemnité pour pause.

Le revenu du recourant auprès de B_____ SA pour les douze mois ayant précédé l'accident a ainsi été valablement fixé à CHF 73'280.40, soit CHF 71'370.- de salaire (CHF 5'490.- x 13 mois) et CHF 1'910.40 d'indemnité pour pause (CHF 5'490 x 12 mois x 2.9%).

Adapté à la hausse des salaires nominaux pour les hommes durant la période de 2015 (102.5) à 2021 (105.7), tel qu'elle ressort du tableau T1.1.10, hommes 41-43 (construction), le gain assuré se monte à CHF 75'568.18.

Cumulé au salaire de l'activité auprès de C_____ SA (CHF 14'286.83) et aux allocations familiales (CHF 7'200.-), le revenu assuré s'élève ainsi au total à CHF 97'055.-, comme admis par l'intimée au stade de la réplique, et non à CHF 97'005.- tel que retenu dans la décision entreprise.

13.3 L'intimée a évalué le revenu sans invalidité en prenant en compte tant l'activité principale que l'activité secondaire du recourant.

Ainsi, concernant l'activité auprès de B___ SA, elle a constaté, sur la base des documents fournis par l'employeur, que l'intéressé touchait un salaire mensuel de CHF 5'490.-, versé douze fois l'an, auquel s'ajoutait un 13^{ème} salaire versé au prorata, au taux de 8.33%. L'employeur a par ailleurs indiqué que le salaire mensuel aurait été augmenté à CHF 5'650.- en 2021, plus 13^{ème} salaire de 8.33% et indemnité de pause de 2.9%. Il n'y avait en revanche pas lieu de prendre en compte l'indemnité professionnelle versée mensuellement, laquelle n'était pas soumise à l'AVS et était versée selon les jours travaillés. Sur la base des estimations trimestrielles relatives à 2022, telles que disponibles en novembre 2022, l'intimée a indexé ce revenu, de 2%, le portant à CHF 5'763.- par mois, soit annuellement, CHF 74'919.- (y compris le 13^{ème} salaire). Il convient d'ajouter à ce montant l'indemnité pour pause, Comme relevé dans le développement relatif au gain assuré, celle-ci est calculée hors 13^{ème} salaire, conformément à la CCT-GE de sorte, de sorte qu'elle s'élève à CHF 2'005.52 (CHF 5'763.- x 2.9% x 12 mois). Le revenu sans invalidité relatif à l'activité principale auprès de B___ SA, fixé à CHF 76'924.52, n'apparaît ainsi pas critiquable.

Le revenu relatif à l'activité secondaire auprès de C_____ SA, tel qu'il ressort de la décision entreprise est également conforme au droit. En effet, à teneur du courrier de l'employeur du 26 mars 2021, le salaire horaire du recourant se serait élevé à CHF 21.36 en 2021, soit CHF 21.78 pour 2022 en tenant compte d'une indexation de 2%. L'activité étant exercée à raison de 12.5 heures par semaine et le recourant bénéficiant d'un 13^{ème} salaire, son revenu annualisé s'élève à CHF 15'336.28 (CHF 21.78 x 12.5 heures x 52 semaines + 8.33% de 13^{ème} salaire). En y ajoutant la prime de supervision de CHF 150.- versée douze fois par an, soit CHF 1'800.-, le revenu sans invalidité auprès de C_____ SA ce serait effectivement élevé à CHF 17'136,28 pour 2022.

Le revenu sans invalidité des deux activités cumulées se monte donc bien à CHF 94'060.80.

13.4 Concernant ensuite le revenu d'invalidité, le recourant reproche à l'intimée d'avoir eu recours aux statistiques ESS vu les spécificités de sa situation. Il conteste également la prise en compte d'un abattement de seulement 10%. Il considère que si tant est qu'une capacité de travail exploitable et exigible soit reconnue, ce qu'il conteste également, un abattement maximal devrait dans tous les cas lui être appliqué.

La chambre de céans relève tout d'abord qu'il n'y a pas lieu de retenir une quelconque diminution de la capacité de travail ou de rendement dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (cf. 13.1). En outre, le recourant n'explique pas quelles particularités de son cas empêcheraient le recours aux statistiques de l'ESS. Au contraire, l'emploi de celles-ci paraît tout-à-fait indiqué, en l'absence

d'un revenu effectivement réalisé depuis l'accident (cf. notamment l'ATF 148 V 174 consid. 6.2 et les références). La référence au salaire correspondant au niveau de compétence 1 (tâches physiques ou manuelles simples et ne nécessitant aucune formation particulière) n'est pas non plus critiquable et n'est d'ailleurs à juste titre pas remis en cause par l'intéressé.

Seule se pose dès lors la question de l'abattement de 10% que le recourant considère insuffisant, alors qu'il a été éloigné du marché du travail durant sept ans du fait de l'accident, qu'auparavant il avait toujours travaillé dans les secteurs du bâtiment et du nettoyage (tous deux désormais exclus), qu'il travaillait de longue date pour ses derniers employeurs et que sa capacité de travail et son rendement sont limités.

L'intimée estime pour sa part qu'un abattement de 10% est justifié, s'agissant d'un assuré âgé de 46 ans lors de l'examen du droit à la rente, titulaire d'une autorisation d'établissement, non limité dans le port de charges du côté droit (dominant) ni dans les déplacements ou les positions et dont la mobilité des doigts de la main gauche est complète.

La chambre de céans considère que l'abattement de 10% consenti par l'intimée pour tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant ne prête pas non plus le flanc à la critique. Les autres critères pertinents pour définir l'étendue de l'abattement ne sont en effet pas remplis. S'agissant des limitations fonctionnelles dont répond l'intimée (soit uniquement celles découlant de l'accident), même en prenant en compte pour ce qui est du port de charge, celles retenues par le Dr K_____, (soit pas de port de charge dans l'axe vertical de plus de 5kg ; pas de port de charge hors de l'axe vertical de plus de 1kg ; aucun port de charge répété, pause manuelle de dix minutes après chaque charge ; aucune association de port de charge de la main gauche avec une prono-supination), elles demeurent compatibles avec l'exercice de nombreux métiers. Quant au manque d'expérience dans une nouvelle profession, il ne s'agit pas d'un facteur susceptible de jouer un rôle significatif sur les perspectives salariales d'un assuré lorsque les activités adaptées envisagées sont simples et répétitives et ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_131/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). En ce qui concerne le critère des années de service, son incidence est moins élevée lorsque le profil d'exigences est bas. Ce paramètre n'est pas pertinent s'agissant des activités de niveau 1 de l'ESS (arrêt du Tribunal fédéral 9C_874/2014 du 2 septembre 2015 consid. 3.3.2 et les références). Partant, l'intimée est restée dans les limites de son pouvoir d'appréciation en appliquant au revenu d'invalidité une réduction de 10%, conforme à la jurisprudence (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_366/2013, consid. 4.2).

Le revenu d'invalidité tel qu'établi par l'intimée n'est dès lors pas critiquable.

Tant le revenu sans invalidité que le revenu d'invalidité ayant été fixés à satisfaction de droit, le taux d'invalidité en résultant de 36% doit également être admis.

14. Ainsi, au final, le recours est très partiellement admis en ce sens que le gain assuré est fixé à CHF 97'055.-, comme reconnu par l'intimée au stade de la réplique, et non à CHF 97'005.- tel que retenu dans la décision entreprise. Il est rejeté pour le surplus.
15. Étant donné que le recourant obtient très partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordé à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimée (art. 61 let. g LPA ; 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).
16. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA *a contrario*).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision sur opposition du 30 novembre 2022, en ce sens que le gain assuré est fixé à CHF 97'055.-.
4. La confirme pour le surplus.
5. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de dépens de CHF 1'500.-.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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

Pascale HUGI

Valérie MONTANI

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