

# **GE\_GERICHTE ATAS/1000/2025 vom 15. Dezember 2025**

GE Cour de justice, 2025-12-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1000\\_2025](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1000_2025)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1000/2025 du 15 décembre 2025

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1000/2025 del 15 dicembre 2025

## **Erwägungen**

### **E. 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 1.2**

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA ; art. 62 ss et 89A de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA ■ E 5 10]).

### **E. 2**

À titre liminaire, il convient de circonscrire l'objet du litige

#### **E. 2.1**

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références). Les questions qui - bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation - ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du

A/3865/2024 - 13/26 - litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et les références). Selon la jurisprudence, le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, respectivement le droit à une IPAI, sont deux rapports juridiques distincts, sans lien de connexité entre eux (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_87/2020 du

#### **E. 2.2**

En l'espèce, la chambre de céans observe que dans son opposition du

### **E. 4**

mars 2024, le recourant s'est limité à contester le refus de l'intimée de lui octroyer une rente d'invalidité, sans maintenir ses griefs relatifs au refus d'octroi d'une IPAI. Partant, la chambre de céans se limitera à examiner les griefs du recourant relatifs au refus de l'intimée de lui octroyer une rente. Le litige porte ainsi sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents. 3.

3.1 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). 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 ; 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 ; 129 V 402 consid. 2.2 et les références). 3.2 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 de référence (art. 18 al. 1 LAA, dans sa teneur en vigueur à compter du 1er janvier 2024). 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

A/3865/2024 - 14/26 - 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).

3.3 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 œuvre. 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\_642/2023 du 20 mars 2024 consid. 3.1.1 et la référence). 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 144 V 354 consid. 4.1 ; 143 V 148 consid. 3.1.1 ; 134 V 109 consid. 4.1 et les références). 3.4 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

A/3865/2024 - 15/26 - 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). 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). 3.5 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 ; des exceptions ne peuvent être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (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). 3.6 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'invalidité (ATF 139 V 592 consid. 2.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 et les références). Lorsqu'il s'agit de déterminer le revenu d'invalidité sur la base d'un revenu effectif fluctuant, il y a lieu d'appliquer par analogie la jurisprudence relative à la détermination du revenu sans invalidité, selon laquelle il est possible de s'écarter du salaire réalisé en dernier lieu notamment lorsqu'il est soumis à des fluctuations importantes ; il faut alors procéder à une moyenne des gains réalisés sur une période relativement longue (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_2/2023 du

#### **E. 4.1**

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 (ATF 122 V 157 consid. 1b). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 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).

#### **E. 4.2**

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

#### **E. 4.3**

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 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 (ATF 125 V 351

A/3865/2024 - 19/26 - consid. 3a 52 ; 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).

#### **E. 4.4**

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard

des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références). 5. 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). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il

A/3865/2024 - 20/26 - considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). 6.

6.1 En l'occurrence, la chambre de céans constate, à titre liminaire, que l'intimée a rendu sa décision du 4 mars 2024, puis sa décision sur opposition du 18 octobre suivant, en se fondant sur le rapport d'expertise du Dr F\_\_\_\_\_ du 12 février 2023. Elle a ainsi estimé que l'état de santé du recourant était stabilisé depuis le 1er décembre 2021 et qu'il disposait d'une capacité de travail entière dans son activité de chirurgien-dentiste, avec une diminution de rendement de 30%, de sorte que sa capacité de travail s'élevait à 85%. Selon le Dr F\_\_\_\_\_, une activité de chirurgien-dentiste pouvait également être exigible sans limitation de la capacité de travail, pour autant qu'elle consistât en une activité purement administrative et de diagnostic, sans chirurgie. Le recourant n'élève aucune critique

s'agissant de ce rapport, lequel satisfait *prima facie* aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante dans la mesure où il contient un résumé de l'ensemble des rapports médicaux du dossier, une anamnèse, les plaintes du recourant et des observations cliniques. En outre, les conclusions de l'expert quant aux diagnostics et à la baisse de rendement sont claires, bien motivées et correspondent à l'avis du Dr D\_\_\_\_\_ figurant dans son rapport médical du 8 juin 2021. Cela étant, il y a lieu de souligner que le Dr F\_\_\_\_\_, s'il retient une capacité de travail entière du recourant dans son activité de dentiste, avec une diminution de rendement de 30%, conclut à l'existence d'une incapacité de travail de 15% seulement, et non de 30%. Interrogée sur cette question durant l'audience du 17 novembre 2025, l'intimée n'a pas été en mesure de répondre. Dans son courrier du 27 novembre suivant, elle s'est contentée d'indiquer qu'elle adhérait à l'avis du Dr F\_\_\_\_\_, au motif que celui-ci reposait sur des considérations purement médicales et des observations faites lors de l'expertise. En qualité d'assureur-accidents, elle n'était pas en mesure d'indiquer pourquoi ces chiffres avaient été retenus par l'expert. La chambre de céans constate que les explications de l'intimée ne sont pas de nature à expliquer pour quelle raison le Dr F\_\_\_\_\_ a estimé que la capacité de travail du recourant était de 85%, et non de 70%, alors qu'il a retenu une diminution de rendement de 30%. Le rapport d'expertise du Dr F\_\_\_\_\_ ne contient du reste aucune précision à ce propos.

A/3865/2024 - 21/26 - Compte tenu de ce qui précède, le rapport d'expertise du Dr F\_\_\_\_\_ est dénué de valeur probante. La chambre de céans ne complètera pas l'instruction effectuée par l'intimée sur ce point, dès lors que la cause doit en tout état de cause lui être renvoyée au regard des considérations qui suivent (cf. *infra* consid. 6.2 à 6.4). Il appartiendra ainsi à l'intimée de clarifier le taux de capacité de travail du recourant dans son activité de chirurgien-dentiste. 6.2 L'intimée a déterminé le taux d'invalidité du recourant au moyen de la méthode de comparaison des revenus. S'agissant du revenu de valide, elle a relevé que dans la mesure où l'accident avait eu lieu en 2020, année du COVID-19, le revenu déclaré de CHF 134'200.- pour cette année-là n'était pas représentatif des années de travail précédentes. Il convenait plutôt de se fonder sur la moyenne des revenus réalisés de 2017 à 2019 pour déterminer le gain de valide, lequel s'élevait à CHF 168'000.-. Compte tenu de l'évolution salariale, ce montant ascendait à CHF 169'005.30 en 2021. Une augmentation annuelle des revenus du recourant de 4% était incertaine, de sorte que cette projection ne saurait être prise en compte. S'agissant du revenu d'invalidé, bien que l'activité d'expert du recourant fût terminée, elle avait été réalisée dans un environnement stable lui permettant d'exploiter pleinement sa capacité de travail résiduelle, de sorte que les gains générés par cette activité devaient être pris en compte, en tant qu'ils démontraient la capacité du recourant à générer un revenu malgré les limitations résultant de l'accident. L'intimée a observé qu'à teneur des inscriptions figurant sur l'extrait de CI du recourant, celui-ci s'élevait à CHF 195'600.- en 2021 et à CHF 157'200.- en 2022. Ainsi, même en retenant la moyenne des revenus réalisés en 2021 et 2022 (CHF 176'400.-), le taux d'invalidité était négatif, de sorte que le recourant n'avait pas droit à une rente. Le recourant soutient que le revenu de valide devrait être établi sur la base de la moyenne des revenus réalisés en 2018 et 2019, en tenant compte d'une augmentation annuelle de 4% en 2020 et 2021, de sorte que son revenu de valide s'élèverait à CHF 186'415.25. Concernant le revenu d'invalidé, il estime qu'il n'y a pas lieu de tenir compte des revenus réalisés dans le cadre des missions d'expertise que le SPC lui a confiées, dès lors que cette activité ne reposait pas sur des rapports de travail stables et qu'il est extrêmement difficile de trouver des opportunités de même nature. Il convient ainsi d'examiner si c'est à bon droit que l'intimée

a considéré que le recourant n'avait pas droit à une rente d'invalidité. 6.3 Comme indiqué précédemment, l'intimée a déterminé le taux d'invalidité du recourant au moyen de la méthode de comparaison des revenus.

A/3865/2024 - 22/26 - Bien que le recourant ne conteste pas l'utilisation de cette méthode de calcul, il convient de déterminer si l'intimée était fondée à recourir à celle-ci en vue de déterminer son invalidité. Il est établi que le recourant est une personne de condition indépendante dans la mesure où il exploite, depuis 2011, un cabinet dentaire sous la forme d'une entreprise individuelle, dans lequel il exerce une activité de dentiste indépendant. Par ailleurs, l'analyse des différents éléments figurant au dossier révèle ce qui suit. Les revenus du recourant, tels qu'ils ressortent de son extrait de CI, ont fluctué au fil des années de façon non négligeable. Ainsi, son revenu s'élevait à CHF 32'500.- en 2011, CHF 60'100 en 2012, CHF 39'900.- en 2013, CHF 136'900.- en 2014, CHF 138'900.- en 2015, CHF 157'200.- en 2016, CHF 164'900.- en 2017, CHF 177'100.- en 2018, CHF 162'000.- en 2019, CHF 134'200.- en 2020.-, CHF 195'600.- en 2021, CHF 254'000.- en 2022 et CHF 157'200 en 2023 et 2024. Les charges du recourant, en tant qu'exploitant d'une société individuelle, ont également passablement varié dans le temps. À titre d'exemple, les bordereaux de taxation communiqués par le recourant montrent que les charges du personnel se sont élevées à CHF 63'585.- en 2014, CHF 82'407.- en 2015, CHF 94'697.- en 2016, CHF 83'942.- en 2017, CHF 87'179.- en 2018, CHF 101'566.- en 2019, CHF 92'848.- en 2020 et CHF 105'767.- en 2021. La même remarque s'applique aux frais généraux et aux « charges de matières premières ». Les charges totales du recourant ont ainsi également connu des modifications notables au cours des années. Elles se sont élevées à CHF 278'072.- en 2014, CHF 289'136.- en 2015, CHF 287'098.- en 2016, CHF 272'122.- en 2017, CHF 293'344.- en 2018, CHF 289'058.- en 2019, CHF 264'420.- en 2020, et CHF 313'238.- en 2021. Il convient à cet égard de souligner que ces variations ont été particulièrement marquées entre 2019, année précédant l'accident, et 2021, année suivant l'accident. Il sera encore précisé que le recourant a produit, à la demande de la chambre de céans et en guise de pièces comptables, ses bordereaux de taxation de 2014 à 2021, lesquels contiennent les éléments de son compte de pertes et profits. La chambre de céans ne dispose toutefois pas des bordereaux postérieurs afin de déterminer comment les charges du recourant ont évolué par la suite. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans estime que les données comptables de l'entreprise individuelle du recourant, de même que celles ressortant de son extrait de CI, ne constituent pas des données fiables pour évaluer son incapacité de gain, dès lors qu'il ne peut pas être exclu, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, qu'elles ne sont pas influencées par des facteurs étrangers à l'invalidité du recourant.

A/3865/2024 - 23/26 - À cet égard, il sera notamment relevé qu'à teneur de l'extrait de CI du recourant, ses revenus ont été plus élevés en 2021 et 2022, soit après son atteinte à la santé, alors que sa capacité de travail était réduite à tout le moins jusqu'au mois de juin 2021. Cette augmentation des revenus du recourant peut naturellement être expliquée par les différentes missions d'expertises réalisées pour le compte du SPC. Cependant, s'il est vrai que cette activité d'expert est exigible du recourant d'un point de vue de ses limitations fonctionnelles, il ressort du courrier du SPC du 26 septembre 2024 qu'elle a pris fin en date du 1er juin 2024, même si le recourant doit encore traiter les dossiers qui lui ont été confiés avant cette date. Il n'est donc pas certain que le recourant sera en mesure de générer un revenu comparable par la suite grâce à une activité du même genre. Ainsi, le fait que les

revenus des années 2021 et 2022 soient plus élevés que les revenus réalisés par le recourant avant son accident ne signifie pas que celui-ci ne subit aucune perte de gain du fait de son accident, dès lors qu'ils sont susceptibles d'avoir été provoqués par une conjoncture économique favorable, à savoir la possibilité de réaliser des expertises pour le SPC. Quant aux revenus des années 2023 et 2024 ressortant de l'extrait du CI du recourant, à savoir CHF 157'200, ceux-ci ne peuvent pas être pris en considération pour déterminer son taux d'invalidité, dès lors qu'il s'agit du revenu pris en considération par la caisse de compensation pour fixer les acomptes du recourant, ce que ce dernier a confirmé lors de l'audience du 17 novembre 2025. La chambre de céans ne disposant pas des bordereaux de taxation du recourant pour les années postérieures à 2021, il n'est pas possible de déterminer avec précision comment le revenu du recourant a évolué, notamment depuis que le SPC ne lui confie plus d'expertises. À cet égard, le recourant a déclaré, lors de l'audience du 17 novembre 2025, que ses comptes de 2025 seraient bouclés dans le courant du mois de janvier 2026, en précisant que l'année 2025 était déterminante, dès lors qu'il n'avait plus pu réaliser d'expertises durant celle-ci. Il n'y a toutefois pas lieu d'attendre que le recourant produise la comptabilité de son activité de 2025, dès lors que la chambre de céans examine la légalité de la décision querellée d'après l'état de fait existant au moment où celle-ci a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références), soit le 18 octobre 2024. De surcroît, les différents documents comptables figurant au dossier ne font pas mention du temps consacré par le recourant à ces expertises, ni de leur impact sur son activité de chirurgien-dentiste. L'on ignore ainsi si le recourant a diminué son activité de chirurgien-dentiste dans une mesure équivalente au temps qu'il consacrait aux expertises, ou si tel n'a pas été le cas. À cet égard, la chambre de céans relève qu'au vu du chiffre d'affaires lié aux missions d'expertises mentionné par G\_\_\_\_\_SA pour l'année 2020, lequel s'élève à CHF 53'145.05, le recourant a entamé son activité d'expert avant son accident du 5 novembre 2020, comme il l'a indiqué durant l'audience du 17 novembre 2025. Les pièces du

A/3865/2024 - 24/26 - dossier ne permettent toutefois pas de déterminer la pondération des différents champs d'activité du recourant avant et après la survenance de son atteinte à la santé. Par ailleurs, il appert que les bordereaux de taxation contenant les comptes de pertes et profits du recourant ne sont pas suffisamment précis pour que la chambre de céans puisse vérifier la teneur de l'attestation établie par la société G\_\_\_\_\_SA quant aux revenus réalisés par le recourant en sa qualité d'expert. Enfin, le recourant a déclaré qu'avant l'accident, il employait une assistante à plein temps et une à 50%. Depuis l'accident, il emploie toutefois deux assistantes dentaires à plein temps car il a besoin d'avoir une personne en permanence à côté de lui, de sorte que la masse salariale de sa raison individuelle a augmenté à la suite de l'accident. Partant, au vu de la variabilité des charges et des revenus du recourant au fil des ans (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_1/2020 du 15 octobre 2020 consid. 4.4) et des changements intervenus dans le cadre de son activité d'expert, il est peu probable que les variations de son bénéfice soient exclusivement dues aux conséquences de l'accident. Dans la mesure où les données comptables de l'entreprise individuelle du recourant, de même que celles ressortant de son extrait de CI, ont vraisemblablement été influencées par des facteurs étrangers à son invalidité, elles ne constituent pas des données fiables pour évaluer son incapacité de gain, de sorte que l'intimée n'était pas fondée à recourir à la méthode de comparaison des revenus pour déterminer son invalidité. 6.4 Par conséquent, il convient d'annuler la décision du 18 octobre 2024 et de renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle clarifie le taux de capacité de

travail du recourant et mette en œuvre une enquête pour activité professionnelle indépendante, puis rende une nouvelle décision en déterminant le degré d'invalidité au moyen de la méthode extraordinaire. Par ailleurs, compte tenu du renvoi de la présente cause à l'intimée, il appartiendra également à cette dernière de déterminer si les atteintes psychiques rapportées par le Dr I\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ sont en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 5 novembre 2020, si elles sont incapacitantes et, dans l'affirmative, dans quelle mesure.

#### **E. 7**

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis.

Le recourant, assisté par une avocate, obtient partiellement gain de cause, de sorte qu'il droit à une indemnité partielle, au titre de dépens, de CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le surplus, en l'absence de loi spéciale prévoyant des frais judiciaires, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA a contrario).

A/3865/2024 - 25/26 -

A/3865/2024 - 26/26 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.