

GE_GERICHTE ATAS/350/2026 vom 27. April 2026

GE Cour de justice, 2026-04-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_350_2026

FR: GE_GERICHTE ATAS/350/2026 du 27 avril 2026

IT: GE_GERICHTE ATAS/350/2026 del 27 aprile 2026

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 en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

E. 2

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations pour accident à compter du 1er décembre 2024.

E. 3

L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA). La loi prévoit notamment les prestations suivantes en cas d'accident.

E. 3.1

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 LAA). L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

E. 3.2

En vertu de 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. La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par « une sensible amélioration de l'état de l'assuré ». Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se

détermine notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme « sensible » par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3).

E. 3.3

Conformément à l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou

A/1057/2025 - 13/21 - psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (art. 25 al. 1 et 2 LAA). Cette indemnité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident et a le caractère d'une indemnité pour tort moral (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 171). Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1). Sa fixation dépend uniquement de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel ; l'atteinte à l'intégrité est donc la même pour tous les assurés présentant un status médical identique. Son évaluation incombe avant tout aux médecins, qui doivent d'une part constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et d'autre part estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (Jean-Maurice FRÉSARD / Margit MOSER- SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in Schweizerisches Bundes- verwaltungsrecht [SBVR], 3ème éd. 2016, nn. 311 et 317 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), édicté conformément à la délégation de compétence contenue à l'art. 25 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité, pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'ordonnance (al. 2). L'annexe 3 à l'ordonnance comporte un barème des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent, dont le Tribunal fédéral a reconnu la conformité à la loi (ATF 124 V 29 consid. 1b). L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité désignées à l'annexe 3 à l'OLAA s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer dans la mesure du possible

A/1057/2025 - 14/21 - l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_219/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.2)

E. 4

Aux termes de l'art. 11 OLAA, les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives ; les bénéficiaires de rentes d'invalidité doivent toutefois remplir les conditions posées à l'art. 21 LAA. On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009 consid. 5.3). En vertu de l'art. 21 al. 3 LAA, en cas de rechute ou de séquelle tardive d'un accident, le bénéficiaire d'une rente d'invalidité peut prétendre, outre à la rente, aux prestations pour soins et remboursements de frais (art. 10 à 13) ; si le gain de l'intéressé diminue pendant cette période, celui-ci a droit à une indemnité journalière dont le montant est calculé sur la base du dernier gain réalisé avant le nouveau traitement médical. En outre, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_880/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.2 et 2.3). L'obligation de prester en cas de rechute ou de séquelles tardives chez un assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité se détermine ainsi conformément à l'art. 21 al. 1 LAA, tandis que l'assuré dont le cas a été clos sans suites peut prétendre aux prestations en vertu de l'art. 11 OLAA (André NABOLD in Basler Kommentar zum UVG, 2019, n. 15 ad art. 21 LAA).

E. 5

L'art. 16 LPGA prévoit que, 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. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a).

E. 5.1

Le revenu sans invalidité se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires. En effet, selon l'expérience générale, la dernière activité aurait été poursuivie sans atteinte

A/1057/2025 - 15/21 - à la santé (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_934/2015 du

E. 5.2

Pour déterminer le revenu d'invalide de l'assuré, il faut en l'absence d'un revenu effectivement réalisé se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des ESS

(ATF 126 V 75 consid. 3b). La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques. Il n'y a donc pas lieu d'examiner la question de savoir si un assuré peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail sur un marché où les places de travail disponibles correspondent à l'offre de main d'œuvre (arrêt du Tribunal fédéral 9C_326/2018 du 5 octobre 2018 consid. 6.2 et les références). Le revenu tiré d'activités simples et répétitives (niveau 1 dès l'ESS 2012) est une valeur statistique qui s'applique à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers (arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2015 du 23 février 2016 consid. 3.1).

E. 5.3

Selon la jurisprudence, il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait réaliser l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25% permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 consid. 6.3). Savoir s'il convient de procéder à un abattement sur le salaire statistique en raison des circonstances du cas particulier constitue une question de droit, tandis que l'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret constitue une question typique relevant du pouvoir d'appréciation (ATF 146 V 16 consid. 4.2). 6. Pour pouvoir trancher le droit aux prestations, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent 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 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2).

A/1057/2025 - 16/21 - Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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 125 V 351 consid. 3 ; 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n. U 438 p. 346 consid. 3d). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_606/2021 du 5 juillet 2022 consid. 3.2). 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 139 V 225 consid. 5.2). 7. En l'espèce, le recourant a invoqué, à l'appui de son recours, une « rechute » pour fonder son droit aux prestations. Il s'est prévalu sur ce point des certificats d'arrêt de travail établis par la Dre D_____, soutenant qu'ils démontreraient qu'il était « à nouveau » incapable de travailler. Cette argumentation est manifestement mal fondée. En effet, la Dre D_____ n'a jamais formellement attesté la reprise du travail, et elle a annoncé à l'intimée en juin 2024 qu'elle poursuivrait l'établissement d'arrêts de travail dans l'attente de l'évaluation de la capacité de travail résiduelle du recourant. Les certificats d'arrêt de travail de novembre et décembre 2024 ne démontrent ainsi pas une rechute. De plus, ces certificats portent sur l'incapacité de travail du recourant dans son activité habituelle, dont l'inexigibilité n'est pas sujette à controverse, tant les Dres C_____ et F_____ que l'intimée l'ayant admise. Le recourant invoque en outre une détérioration de son état de santé. Cependant, les rapports de décembre 2024 et 2025 de la Dre D_____ ne permettent pas de conclure à la survenance d'une telle aggravation. Cette chirurgienne a certes fait état d'une détérioration progressive dans son rapport de décembre 2025.

A/1057/2025 - 17/21 - En toute hypothèse, une éventuelle dégradation de l'état de santé à cette date ne pourrait être prise en considération dans le cadre de la présente procédure. En effet, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue ; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (arrêt du Tribunal fédéral 9C_64/2025 du 15 octobre 2025 consid. 5.2). De plus, la détérioration mentionnée par la Dre D_____ n'est corrélée par aucun élément objectif nouveau relevé dans le status clinique. L'amyotrophie qu'elle y relate, à l'instar de la boiterie, ont en effet été notées par la Dre C_____ dans son appréciation du 29 octobre 2024, et celle-ci en a tenu compte dans les limitations fonctionnelles. La réduction de la mobilité de la cheville est le résultat prévisible et connu de l'arthrodèse, et il en a aussi été tenu compte dans l'évaluation de la capacité de travail. La Dre D_____ notait en outre déjà dans son rapport du 17 mai 2022 un couple de torsion enraidie et douloureuse à la palpation. L'arthrose débutante de l'articulation sous-talienne et de l'articulation métatarso-phalangienne du premier rayon a été révélée par les examens d'imagerie réalisés en janvier 2023, dont la Dre C_____ a pris connaissance avant d'établir son appréciation finale, puisqu'elle cite ce rapport. S'agissant des douleurs à la station debout et du périmètre de marche limité, il s'agit là aussi d'éléments décrits de longue date par le recourant, et dont les limitations fonctionnelles tiennent adéquatement compte. En outre, contrairement à ce que la Dre D_____ semble suggérer, le recourant ne doit plus se soumettre à un suivi régulier spécialisé. La dernière consultation auprès de cette chirurgienne remonte d'ailleurs à juin 2024, et celle-ci avait alors considéré que la situation était stabilisée. Aucune nouvelle consultation n'était

programmée, étant entendu que le recourant la « recontacterait en cas de besoin » selon ses déclarations à la Dre C_____. Il apparaît que les consultations de novembre 2024 et décembre 2025 ont été sollicitées par le recourant pour les besoins de la cause, celui-ci ayant en particulier demandé à revoir cette chirurgienne en novembre 2024 « en lien avec la décision [de l'intimée] ». Elles ne s'inscrivent ainsi pas dans le cadre d'un suivi orthopédique médicalement nécessaire. Quant à l'éventuelle nécessité future de nouvelles interventions, elle relève pour l'instant d'une hypothèse et ne permet ainsi pas de retenir une aggravation. Ainsi, les rapports de la Dre D_____ ne révèlent pas d'éléments nouveaux objectifs d'ordre médical survenus depuis l'examen final de la Dre C_____. On ne peut ainsi admettre que l'état de santé du recourant se serait aggravé entre cet examen et la décision dont est recours. 8. Reste ainsi à déterminer si on peut suivre l'intimée s'agissant du droit à la rente et à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

A/1057/2025 - 18/21 - 8.1 En premier lieu, on peut admettre que l'état était stabilisé au 1er décembre 2024, en l'absence de tout traitement particulier depuis juin 2024, conformément à l'avis de la Dre D_____, étant souligné que le recourant ne suivait plus de séances de physiothérapie dès juillet 2023 déjà. Le seul traitement en novembre 2024 consistait en la prise occasionnelle d'antalgiques, laquelle ne fait pas obstacle à la reconnaissance d'un état stabilisé, dès lors qu'il n'est pas question d'amélioration sensible de l'état de santé lorsque la mesure thérapeutique ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_131/2018 du 25 juillet 2018 consid. 6.3). 8.2 L'intimée a retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, en se fondant sur l'avis de la Dre C_____. La position de celle-ci est également suivie par la Dre F_____. Les médecins de la CRR avaient établi des limitations fonctionnelles provisoires largement superposables à celles retenues par la Dre C_____, bien qu'un peu moins importantes, et avaient eux aussi fait état d'un pronostic favorable de réinsertion dans une activité adaptée. Il n'existe aucun élément médical permettant de renverser cette appréciation. En effet, aucun médecin traitant n'a exclu l'exigibilité d'une activité adaptée, ni mentionné de diminution de rendement ou de capacité limitée dans une telle activité. Le Dr B_____ concluait à une incapacité de travail totale uniquement dans une activité debout. La Dre D_____ n'a pas non plus exclu de capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée dans son rapport de février 2024, et semble implicitement considérer que le recourant est à même d'exercer une activité adaptée puisqu'elle a évoqué la possibilité d'une réinsertion professionnelle et a soutenu les demandes de mesures professionnelles de celui-ci. Il n'est pas inutile de souligner que cette chirurgienne semblait même considérer à une certaine période que le recourant serait à même de reprendre sa précédente activité. Elle a certes préconisé la mise en œuvre d'une expertise, destinée notamment à définir la capacité de travail résiduelle du recourant. Cela étant, cette proposition n'est pas liée à des critiques concrètes de l'appréciation de la Dre C_____, que la Dre D_____ ne conteste du reste pas expressément. Les motifs sous-tendant sa proposition d'expertise bidisciplinaire en décembre 2025 – soit la complexité du tableau, l'importance des séquelles, le caractère définitif de l'arthrodèse, les répercussions multiples sur la capacité de travail ainsi que des possibles discordances entre capacité théorique et capacité réelle – sont d'ordre général, et ne sont pas mis en lien avec une quelconque carence dans l'analyse de ces aspects par la Dre C_____. La Dre D_____ ne revient pas non plus sur les limitations fonctionnelles du recourant, qu'elle aurait pourtant été en mesure de compléter sur la base de ses constatations. Les raisons pour lesquelles celle-ci préconisait une expertise dans son rapport de décembre 2024 avaient par

ailleurs trait à la difficulté du recourant à se réinsérer en raison de sa situation administrative, ce qui ne relève pas d'éléments pertinents dans l'évaluation médico-théorique de la capacité de travail, mais de facteurs étrangers à

A/1057/2025 - 19/21 - l'invalidité. Partant, les rapports de la Dre D _____ ne sont pas propres à susciter des doutes suffisants sur l'appréciation de la Dre C _____ pour justifier la mise en œuvre d'une expertise. En outre, le fait que ce médecin d'arrondissement ne dispose pas d'une formation spécialisée en orthopédie ne permet pas non plus d'écarter son appréciation, en l'absence d'avis médical divergent. Le recourant souligne que ses lésions et ses limitations fonctionnelles ont été admises par tous ses médecins. Cela ne lui est cependant d'aucun secours, dès lors que l'intimée retient les mêmes diagnostics et a elle-même établi les limitations fonctionnelles en cause. Celles-ci ne sont cependant pas incompatibles avec l'exercice d'une activité adaptée, dès lors qu'elles ne sont pas d'une ampleur telle qu'elles rendraient irréaliste l'exercice d'un emploi sur le marché équilibré du travail. Partant, la chambre de céans constate que c'est à bon droit que l'intimée a retenu une capacité de travail complète dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dès le 1er décembre 2024. 8.3 Le recourant s'en prend ensuite au degré d'invalidité fixé par l'intimée. S'agissant du revenu sans invalidité, il affirme que le revenu d'un électricien avec CFC prévu par la CCT en 2029 – alors que le droit à la rente est examiné pour 2024 – devrait être pris en considération, au vu du diplôme qu'il a décroché en Macédoine. Ce faisant, il perd de vue que toute personne ayant suivi une formation à l'étranger et désirant exercer en Suisse une profession réglementée dans la branche des installations électriques doit demander à l'Inspection fédérale des installations à courant fort ESTI la reconnaissance de l'équivalence de ses qualifications professionnelles étrangères par rapport à la formation suisse qui autorise l'exercice du métier visé en Suisse (sur la question, cf. Reconnaissance des formations étrangères - Inspection fédérale des installations à courant fort ESTI). Or, le recourant n'a jamais obtenu de telle reconnaissance et n'allègue pas que des démarches étaient en cours pour l'obtenir. À défaut d'équivalence officielle de son diplôme macédonien en Suisse, on ne saurait reprocher à l'intimée d'avoir tenu compte du revenu dans une activité sans diplôme dans le domaine de l'électricité, au demeurant supérieur au revenu concrètement réalisé avant l'accident. L'intimée a tenu compte du salaire minimum pour les employés ayant deux ans d'expérience en Suisse, soit CHF 4'500.-, ce qui est favorable au recourant qui ne justifie d'aucune expérience préalable dans ce domaine en Suisse. Il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter de ce chiffre. S'agissant du revenu après invalidité, le recourant soutient que seule une activité administrative pourrait entrer en ligne de compte, et entend voir appliquer le revenu statistique correspondant, qui devrait selon lui faire l'objet de l'abattement maximal de 25% et d'un abattement supplémentaire de 15% pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles incluant une baisse de rendement. Or, aucune

A/1057/2025 - 20/21 - limitation de rendement n'a été attestée par ses médecins traitants ou par le médecin d'arrondissement de l'intimée. La réduction statistique de 15% sur le revenu statistique consenti par l'intimée ne prête manifestement pas le flanc à la critique, au vu notamment de la pleine capacité de travail dans une activité adaptée et des limitations fonctionnelles, qui consistent en définitive à privilégier une activité sédentaire relativement légère. Le recours au salaire statistique tiré d'activités simples et répétitives dans tous les domaines à titre de revenu d'invalidité est en outre conforme à la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité. Compte tenu de ce qui précède, les paramètres du calcul du

degré d'invalidité appliqués par l'intimée ne sont pas critiquables, et son calcul doit être confirmé. Le degré d'invalidité ainsi établi n'ouvre pas le droit à une rente. 8.4 Enfin, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20% qui a été allouée n'est pas non plus remise en cause par les médecins traitants. La Dre C _____ a en outre motivé les éléments qui la fondaient, appliquant le taux de 20% prévu en cas d'arthrodèse de la cheville par la table 5 d'indemnisation relative aux taux d'atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses, ce qui paraît adapté au vu de l'atteinte du recourant. Il n'y a ainsi pas lieu de revenir sur cet élément. 8.5 Au vu de ce qui précède, la décision de l'intimée doit être confirmée.

E. 9

Mal fondé, le recours sera rejeté. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGa a contrario).

A/1057/2025 - 21/21 - 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.