

# **GE\_GERICHTE ATAS/478/2025 vom 25. Juni 2025**

GE Cour de justice, 2025-06-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_478\\_2025](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_478_2025)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/478/2025 du 25 juin 2025

IT: GE\_GERICHTE ATAS/478/2025 del 25 giugno 2025

## **Erwägungen**

### **E. 14**

janvier 2022. Il y a les limitations suivantes : absence de port de charges, de marche, de montée et descente d'escaliers et d'échelles, de position accroupie et agenouillée, de station prolongée debout et de piétinement, nécessité de changer la position de la jambe et de faire des pauses régulièrement, même dans un poste assis, et impossibilité de porter des chaussures fermées de série. La capacité de travail est nulle dans la profession antérieure et de 50% dans une activité adaptée aux limitations. L'état est stabilisé au plus tard deux ans après la dernière intervention, soit le 14 janvier 2022. Le taux d'atteinte à l'intégrité est de 20%. La capacité de travail est nulle du point de vue orthopédique dans l'activité habituelle et de 50% dans un poste adapté aux limitations. La diminution de la capacité de travail est due aux douleurs neurogènes, à la difficulté dans les déplacements et à la nécessité d'un chaussage particulier. L'impact de l'état dépressif n'est pas pris en considération. Le taux d'atteinte à l'intégrité est de 10% pour la paralysie du nerf sciatique poplité externe gauche et de 10% pour la lésion traumatique par écrasement du tendon court fibulaire à gauche. Les experts ne partagent que partiellement l'appréciation du Dr D\_\_\_\_\_ du 25 juin 2021. Le recourant n'est pas capable de travailler à 100% sans perte de rendement, compte tenu du port de charges limité à 0-5kg, la nécessité de la position assise et la limitation de la marche même sur terrain plat. L'infarctus et la sédentarité ont probablement contribué à un déconditionnement global. À la date de l'expertise, l'état douloureux de la cheville et la fonction (marche et autonomie) étaient péjorés. Dans leur complément d'expertise du 3 avril 2025, les experts judiciaires précisent qu'il y a une première péjoration subjective de l'état douloureux après l'intervention chirurgicale du Dr C\_\_\_\_\_ du 21 septembre 2018, et une seconde péjoration lors de l'intervention du Prof. K\_\_\_\_\_ du 14 janvier 2020. Il n'y avait aucune raison de mettre cette péjoration sur le compte d'un déconditionnement ou de comorbidités. Avant la seconde péjoration, la capacité de travail était déjà de 50% dans une activité adaptée. Les experts ne partagent pas l'avis de la CRR du 6

A/1868/2022 - 13/26 - novembre 2020, selon lequel le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée à 100% était favorable à ce moment. Quant au taux de capacité de travail retenu, il constitue principalement une perte de rendement. Un ENMG ne permet pas d'identifier les douleurs, de sorte que l'ENMG du 19 avril 2024, qui était normal, ne contredit pas la présence de douleurs neurogènes. Les experts ont fondé leurs diagnostics sur les examens cliniques, les rapports médicaux et les examens paracliniques. Enfin, ils ont confirmé un taux d'atteinte à l'intégrité de 20%. 12.1 Cette expertise remplit a priori les principes jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Elle a été en effet rendue sur la base de la connaissance du dossier médical intégral du recourant, prend en compte ses plaintes, repose sur un examen clinique complet et contient des conclusions motivées et convaincantes. 12.2 L'expertise est en contradiction avec les appréciations du

Dr D\_\_\_\_\_ et de la CRR. 12.2.1 Le Dr D\_\_\_\_\_ constate ainsi, dans son rapport du 21 juin 2021, que la marche avec les chaussures est possible sans les cannes, lesquelles sont utilisées essentiellement en cas de déplacement à l'extérieur. Sans chaussures, la marche est difficile. Le recourant présente un déficit des releveurs, en particulier de l'extenseur du gros orteil à 4, et une perte de force en flexion. Deux cicatrices existent au niveau de la cheville, brunâtres hyperalgiques, une de 8 cm sur la malléole interne, une de 13 cm sur la malléole externe concave, hyperalgique au toucher, ainsi qu'une cicatrice oblique de 10 cm à partir de la tête du péroné, linéaire, sensible avec une hypoesthésie descendante (p. 7). Le Dr D\_\_\_\_\_ conclut que le cas est stabilisé, et l'activité antérieure inexigible. En revanche, le recourant peut exercer à plein temps sans baisse de rendement une activité adaptée sans marche prolongée, en particulier en terrain irrégulier, sans montée ou descente d'escaliers ou d'échelles, sans position accroupie prolongée, le port de charges lourdes de manière répétitive étant limitée à 10-15 kg (p. 8). En d'autres termes, une activité sédentaire est compatible avec l'état de santé du recourant, à temps complet. 12.2.2 Du 30 septembre au 28 octobre 2020, l'assuré a séjourné à la CRR. Dans un rapport du 6 novembre 2020, les médecins de la CRR posent, à titre de diagnostics principaux, notamment une entorse latérale de la cheville gauche (le 22 août 2017), et à titre de diagnostics secondaires, des douleurs thoraciques dans un contexte d'anxiété avec troponines négatives et une allodynie en regard des malléoles. Parmi les antécédents médicaux est relevée en particulier une cardiopathie ischémique, NSTEMI avec pose de stent le 15 janvier 2020, FEVG conservée (16 janvier 2020). Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par des lésions objectives constatées pendant le séjour. L'évolution subjective et objective est plutôt favorable, mais l'assuré reste déconditionné. Il a participé activement aux thérapies et s'est investi dans le programme de

A/1868/2022 - 14/26 - rééducation, mais est resté souvent limité par les douleurs. Aucune incohérence n'a été relevée. Une stabilisation sur le plan médical est attendue dans un délai d'un à trois mois. Les limitations fonctionnelles provisoires pour la cheville gauche sont les suivantes : port de charges lourdes de manière répétitive jusqu'à 10-15 kg, marche prolongée en terrain irrégulier, montée et descente de manière répétitive des escalier et échelle, et positions accroupies prolongées. Le pronostic de réinsertion est défavorable dans l'ancienne activité de mécanicien, mais favorable à plein temps dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. La cardiopathie ischémique, le déconditionnement global, l'obésité et les troubles psychiques avec anxiété, sans lien avec l'accident, peuvent influencer défavorablement le retour au travail. 13. L'intimée dénie à l'expertise judiciaire une valeur probante, en se fondant notamment sur les appréciations de son médecin-conseil. 13.1 Dans ses observations sur l'expertise judiciaire, le Dr D\_\_\_\_\_ met en cause l'impartialité des experts, dans la mesure où le Dr C\_\_\_\_\_, qui a opéré initialement le recourant avec une iatrogénèse, est maintenant un associé important au Centre H\_\_\_\_\_. L'évaluation d'une iatrogénèse et de ses conséquences par les membres d'un même groupe est incompatible avec une mission d'expertise, de l'avis du médecin-conseil. Il admet toutefois la date de stabilisation de l'état de santé retenues par les experts judiciaires, dès lors que l'usage est de retenir au maximum deux ans en post-opératoire pour le type d'atteinte en cause. En ce que les experts mentionnent que le recourant doit avoir le droit de changer de position de sa jambe et de faire des pauses régulièrement dans un poste assis, il relève que cette nouvelle limitation n'est pas motivée médicalement, contredite par les constatations faites lors du séjour du recourant à la CRR et disproportionnée (pauses jusqu'à 50% du temps de travail). L'appréciation de la capacité de travail par les experts judiciaires

prend manifestement en compte d'autres facteurs que ceux en rapport avec l'atteinte de la cheville. Le Dr D\_\_\_\_\_ souligne à cet égard que les médecins de la CRR mentionnent aussi que des facteurs contextuels, comme la perception d'un handicap fonctionnel majeure, une anxiété, des symptômes dépressifs assez présents, une kinésiophobie modérée et un catastrophisme élevé, peuvent influencer les aptitudes rapportées par le recourant. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée est en outre favorable, selon la CRR. L'ENMG des membres inférieurs est normal, ce qui laisse douter que les plaintes du recourant sont en lien avec des atteintes objectivées par un substrat organique. Dans son avis du 12 mai 2025, le Dr D\_\_\_\_\_ est moins catégorique en ce qui concerne l'appréciation de la capacité de travail et considère qu'il lui est difficile de se prononcer sur cette question plusieurs années après la sortie du recourant de la CRR et la dernière appréciation par le médecin-conseil. L'intimée ajoute aux critiques du Dr D\_\_\_\_\_ que la valeur probante de l'expertise est sujette à caution du fait qu'elle a été réalisée en présence du fils du

A/1868/2022 - 15/26 - recourant, alors même que l'investigation doit se dérouler avec la personne expertisée seule, éventuellement accompagnée d'un interprète. La présence de proches ou de tiers peut être contreproductive et fausser les résultats de l'expertise. L'expert doit par ailleurs distinguer dans son rapport les informations fournies par l'assuré de celles données par le tiers. L'intimée reproche aussi aux experts de ne pas avoir justifié la date de stabilisation de l'état retenue. Elle estime en outre que l'absence de franche amyotrophie du membre inférieur gauche constitue une incohérence dans ce dossier, dès lors que le recourant déclare utiliser ce membre de façon limitée. L'incapacité de travail de 50% selon les experts judiciaires est insuffisamment justifiée et surévaluée au regard des possibilités offertes par le marché du travail équilibré. Dans ses écritures du 16 mai 2025, l'intimée relève que les péjorations mentionnées par les experts judiciaires ne sont pas pertinentes au regard des améliorations du status du membre inférieur gauche constatées à la fin du séjour à la CRR, soit une amélioration de la mise en charge et du déroulement du pas, et du pronostic favorable de réinsertion dans une activité adaptée émis par les spécialistes de réadaptation de ladite clinique. Compte tenu des doutes sérieux sur la fiabilité et l'impartialité des experts judiciaires, il faut se référer aux évaluations de la CRR et du Dr D\_\_\_\_\_, selon l'intimée.

13.2 13.2.1 En ce qui concerne l'éventuelle prévention des médecins du Centre H\_\_\_\_\_ dont Dr D\_\_\_\_\_ fait état, la chambre de céans a déjà écarté ce grief dans l'ordonnance d'expertise du 20 septembre 2023 (consid. 3.2), compte tenu du fait que l'opération par le Dr C\_\_\_\_\_ a eu lieu en 2018 aux HUG et que le recourant était par la suite suivi et opéré par d'autres médecins. L'intimée n'a pas contesté cette ordonnance. Il est vrai que l'opération par le Dr C\_\_\_\_\_ a provoqué une iatrogénèse (manifestation pathologique due à un acte médical) sous forme de lésion nerveuse périphérique sur nerf sural à gauche et la branche plantaire du nerf tibial à gauche, ce qui pourrait éventuellement constituer une erreur médicale. Toutefois, en l'occurrence, les experts doivent se prononcer sur la capacité de travail du recourant et non sur la responsabilité du Dr C\_\_\_\_\_. Au demeurant, si l'intention des experts était de protéger leur collègue, ils auraient dû confirmer la capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et non constater une diminution de cette capacité. Il doit en être déduit que, concrètement, aucune prévention des experts judiciaires ne peut être déduite de leurs conclusions. Quoiqu'il en soit, les faits invoqués par le Dr D\_\_\_\_\_ pour mettre en cause leur impartialité étaient déjà connus au moment de l'ordonnance d'expertise, de sorte que l'intimée est forclosée de s'en prévaloir. Elle n'a pas non plus conclu dans ce sens dans cette procédure.

13.2.2 La présence du fils lors d'un ou plusieurs examens ne pose in casu pas non plus de

problème. En effet, on ne voit en quoi cette présence aurait pu être

A/1868/2022 - 16/26 - contreproductive ou fausser les résultats, s'agissant d'une expertise orthopédique. L'exclusion de tiers lors d'un examen dans le cadre d'une expertise doit s'imposer surtout pour les expertises psychiatriques qui sont fondées essentiellement sur les dires et le comportement de la personne expertisée. Or, une expertise orthopédique repose sur des examens cliniques des fonctions des différents membres du corps et des examens radiologiques. Le vécu subjectif de la personne expertisée est d'une moindre importance. Partant, la présence du fils du recourant n'enlève en l'espèce pas à l'expertise sa valeur probante. 13.2.3 L'intimée voit dans l'absence d'amyotrophie franche entre les deux jambes (différence de 2cm) une incohérence mettant en doute les plaintes du recourant et partant la validité de l'expertise qui n'en a pas tenu compte. Toutefois, le Dr D\_\_\_\_\_ ne voit pas dans ce fait un motif pour nier la réalité des plaintes du recourant. En effet, à la question y relative de l'intimée, il répond dans son rapport du 25 novembre 2024 de façon très générale. Il semble par ailleurs justifier la discrète amyotrophie par le fait qu'il s'agit in casu essentiellement d'un nerf sensitif et non pas d'un nerf moteur, de sorte que l'on est en présence d'une amyotrophie relative. Au demeurant, la CRR ne relève aucune incohérence, tout en mentionnant « Le patient a pris part de manière active aux thérapies et s'est investi dans le programme de rééducation. Il a cependant souvent été limité par les douleurs » (rapport de la CRR du 6 novembre 2020 p. 5). Le défaut d'analyse de la faible différence des périmètres des membres inférieurs par les experts ne fait ainsi pas apparaître leur expertise comme incomplète ou incohérente. 13.2.4 L'intimée estime que l'expertise judiciaire n'est pas probante du fait qu'elle est en contradiction avec le rapport de sortie de la CRR du 6 novembre 2020. Les experts expliquent dans leur rapport complémentaire qu'ils ne partagent pas l'évolution objective favorable constatée par ladite clinique, du fait que celle-ci s'est fondée essentiellement sur une amélioration du nombre de marches montées à la fin du séjour et d'une amélioration de la force isométrique du quadriceps. Cette amélioration n'est pas en lien avec la cheville ou le pied et est uniquement un résultat d'un entraînement de la musculature proximale et de la marche. De surcroît, cet élément est sans intérêt, dans la mesure où une activité adaptée n'implique pas la montée et la descente d'escaliers. Du point de vue de la cheville, il n'y a aucune évolution favorable. Au demeurant, il ressort du rapport des ateliers professionnels de la CRR que le temps de prise en charge aux ateliers ne pouvait pas excéder deux heures consécutives en position assise, ce qui constitue un facteur en défaveur d'une réinsertion dans une activité en position assise.

A/1868/2022 - 17/26 - Le Dr D\_\_\_\_\_ ne conteste pas que le recourant ne peut travailler qu'en position assise. Partant, l'amélioration de la marche n'est pas forcément un élément déterminant pour l'appréciation de la capacité de travail, d'autant moins que la CRR admet que le recourant est limité par la douleur. 13.2.5 En ce que le médecin-conseil s'étonne que les experts ont retenu dans les limitations fonctionnelles la nécessité de changer la position de la jambe, alors que cela n'est pas mentionné par la CRR, il n'en demeure pas moins que la prise en charge aux ateliers de la CRR n'a pas pu être augmentée au-delà de deux heures, le recourant se sentant mal et manifestant des douleurs. Comme il ne peut pas travailler en position debout, une alternance de positions est en outre difficile à réaliser, d'autant plus que la marche est également douloureuse. Il est à cet égard mentionné dans ledit rapport que le recourant se déplace avec une canne et que les appuis sur la jambe gauche sont partiels ou évités (p. 6). Les appuis sur la cheville sont limités dans la position debout, les flexions au sol ne sont pas réalisées et il y a des douleurs limitantes au niveau du membre inférieur

gauche, lors des activités et des déplacements (ibidem p. 7). Les limitations sont donc largement dues à la douleur. Néanmoins, la CRR admet que les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par des lésions objectives constatées pendant le séjour. Cela résulte aussi du rapport du

#### **E. 14.1**

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).

#### **E. 14.2**

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

A/1868/2022 - 19/26 - la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et les références).

#### **E. 14.3**

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).

#### **E. 14.4**

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'invalide (ATF 139 V 592 consid. 2.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 et les références). 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'invalide 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). 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

A/1868/2022 - 20/26 - (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 ; 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).

#### **E. 14.5**

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 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'invalidé, 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). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (cf. ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et ss. et les références). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). 15. Au vu de ce qui précède, la comparaison de salaires doit se fonder sur l'année 2022, date de la stabilisation de l'état de santé. S'agissant du salaire d'invalidé, il y a lieu de se fonder sur les ESS. Toutefois, les tableaux TA1, T1 et T17 de l'ESS 2022 n'ont été publiés que le 29 mai 2024 et l'ESS 2020

le 23 août 2022, soit postérieurement à la décision présentement querellée du 6 mai 2022. Partant, il faut se fonder sur l'ESS 2018, publiée le 21 avril 2020, et indexer le salaire à 2022. Selon ces statistiques, le revenu annuel médian pour les hommes en 2018 est de CHF 65'004.- pour le niveau de compétence 1 (tableau TA1\_tirage\_skill-level). Adapté à l'année 2022 (indice 2732 en 2018 et de 2822 en 2022) et à la durée

A/1868/2022 - 21/26 - normale des entreprises (41.7 en 2022), le salaire d'invalide est de CHF 69'999.-. À 50%, il s'élève à CHF 34'999.-. Pour le salaire de valide, l'intimée s'est également fondée sur l'ESS et a pris en considération le salaire médian dans la branche du commerce en gros, réparation et réparation d'automobiles avec un niveau de compétence 2 en 2018. Le recourant ne conteste pas ce calcul. Il convient par conséquent de retenir un revenu de CHF 72'003.-, après l'adaptation à l'horaire normal dans cette branche de 42.3 heures. Indexé à l'évolution des salaires entre 2018 et 2022, le salaire sans invalidité s'établit à CHF 74'375.-. La perte de gain est ainsi de 52,94%, soit de 53% arrondie au chiffre supérieur (ATF 131 V 121 consid. 3.2. et 3.3 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_167/2022 du 18 août 2022 consid. 5.4). Par conséquent, le recourant peut prétendre à une rente de 53% dès le 14 janvier 2022. 16.

16.1 Jusqu'à la stabilisation de l'état de santé, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit, en vertu de l'art 16 LAA, à une indemnité journalière (al. 1). Ce droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). 16.2 En l'espèce, l'état est stabilisé depuis le 14 janvier 2022. Or, l'intimée n'a versé les indemnités journalières que jusqu'au 31 octobre 2021. Par conséquent, le recourant a encore droit aux indemnités journalières du 1er novembre au 13 janvier 2022. Certes, par décision du 28 juin 2021, l'intimée a mis fin aux paiements des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 octobre 2021 et le recourant n'a pas formellement contesté cette décision. Cependant, comme relevé ci-dessus, une assurance-accidents ne peut pas statuer définitivement sur la fin du droit aux indemnités journalières et au traitement médical avant de statuer sur le droit à la rente, en raison du rapport étroit existant entre ces prestations (ATF 144 V 354 consid. 4). La suppression du droit aux indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical, d'une part, et le droit à une rente, d'autre part, constituent un seul objet de litige. Les décisions au sujet des indemnités journalières et le remboursement du traitement médical acquièrent force de chose jugée uniquement à partir du moment où l'assureur-accidents a statué sur la totalité de l'objet du litige. 17.

17.1 Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a

A/1868/2022 - 22/26 - droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). 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'atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel (anatomique ou fonctionnel) mental ou psychique. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales. L'évaluation incombe donc 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.4 et les références). 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 de l'art. 25 al. 2 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 (al. 1, 1ère phrase) ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2ème phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique ou mentale, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1ère phrase). L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité se fonde sur les constats médicaux, de sorte qu'il incombe, dans un premier temps, au médecin de se prononcer, en tenant compte des atteintes énumérées à l'annexe 3 de l'OLAA et dans les tables de la SUVA, sur la question de savoir si, et dans quelle mesure, il existe un dommage. Il appartient toutefois à l'administration ou au tribunal de procéder à l'évaluation juridique, sur la base des constatations médicales, de l'existence d'une atteinte à l'intégrité, de déterminer si le seuil de gravité est atteint et, dans l'affirmative, l'étendue de l'atteinte. Bien que l'administration et le tribunal doivent s'en tenir aux données médicales, l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité, en tant que fondement du droit aux prestations, relève, en fin de compte, de leur domaine de compétence (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_746/2022 du 18 octobre 2023 consid. 4.2 et les références ; sur la répartition des tâches entre le médecin et l'administration ou le tribunal, cf. également ATF 140 V 193 consid. 3.2). L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b et les références ; 124 V 209 consid. 4a/bb et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_745/2022 du 29 juin 2023 consid. 3.2 et la référence) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2

A/1868/2022 - 23/26 - annexe 3 OLAA). On procédera de même lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5% serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires – à l'exception des moyens servant à la vision (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence ; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2 de l'annexe 3). La Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur [www.suva.ch](http://www.suva.ch)). 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 autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3 ; 124 V 209 consid. 4a/cc ; 116 V 156 consid. 3a). 17.2 En l'espèce, les experts judiciaires ont considéré que le taux d'atteinte à l'intégrité était de 10% en raison de la paralysie du nerf sciatique externe gauche et du même pourcentage pour la lésion par écrasement du tendon court fibulaire à gauche. Le total de ce taux est ainsi de 20%. Le Dr D\_\_\_\_\_ admet une atteinte neurologique à hauteur de 10%. Quant aux 10% attribués à l'atteinte par écrasement du court fibulaire gauche, il relève que cette évaluation n'est pas rattachée aux tables de la SUVA. Cette atteinte pourrait être évaluée en

tant que faiblesse de stabilité mécanique, notamment en raison du rôle du court fibulaire dans la stabilité de la cheville. Selon la table 6 de la SUVA, seule une instabilité grave donne droit à une indemnité entre 5 et 10%. Cependant, en l'occurrence, la stabilité n'a pas pu être évaluée lors de l'expertise à cause des douleurs ressenties par le recourant. Les experts semblent considérer dans leur complément d'expertise que la lésion traumatique du court fibulaire constitue une instabilité sévère, dès lors que le recourant ne marche pas sans moyen auxiliaire et déclare subjectivement la présence d'instabilité. L'intimée fait observer à cet égard que l'appréciation de l'instabilité par les experts ne repose que sur une déclaration subjective du recourant et non sur une évaluation clinique. Or, seules les constatations médicales peuvent être prises en compte, selon le Tribunal fédéral, et non les effets particuliers ressentis par la personne lésée. À cet égard, il sied de relever que les chutes du recourant sont documentées dans un rapport du 27 septembre 2022 des HUG en lien avec le trouble psychique (pièce 67 p. 902-905), où il est mentionné que les douleurs de la cheville

A/1868/2022 - 24/26 - conduisent à des limitations de la mobilité (diminution du périmètre de marche à 50 m) et à des chutes, dont deux étaient survenues au printemps 2022 (p. 903-904). Quoiqu'il en soit, comme relevé ci-dessus, les tables de la SUVA ne sont pas exhaustives. Pour les atteintes qui ne figurent pas dans la liste, il faut appliquer le barème par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte. Or, les experts judiciaires ont évalué l'atteinte par écrasement du tendon court fibulaire à 10%, ce qui est convaincant, dans la mesure où une atteinte au nerf sural est du même pourcentage. Partant, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité sera fixée à 20%. 18. Le recourant réclame enfin des intérêts moratoires sur les prestations rétroactives dues. 18.1 Selon l'art. 26 al. 2 LPGA, des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe. De par la loi, le versement d'intérêts moratoires pour les créances de prestations d'assurances sociales est subordonné au respect des trois conditions cumulatives suivantes : le délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, le délai de douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir son droit, le devoir incombant à l'assuré de collaborer (Sylvie PÉTRAMAND, Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n° 31 ad art. 26 LPGA). L'obligation de payer des intérêts moratoires commence 24 mois après la naissance du droit en tant que tel pour l'ensemble des prestations courues jusque-là, et non pas seulement deux ans après l'exigibilité de chaque prestation (ATF 133 V 9 consid. 3.6; ATAS/559/2019 du 24 juin 2019 consid. 11a). Selon l'art. 7 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 [OPGA - RS 830.11], le taux de l'intérêt moratoire est de 5% par an (al. 1). L'intérêt moratoire est calculé par mois sur les prestations dont le droit est échu jusqu'à la fin du mois précédent. Il est dû dès le premier jour du mois durant lequel le droit à l'intérêt moratoire a pris naissance et jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (al. 2). Pour chaque prestation, il faut consulter la loi spéciale applicable pour déterminer à quel moment naît le droit à cette prestation (Sylvie PÉTRAMAND, in Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n. 36 ad art. 26 LPGA). Selon l'art. 24 al. 2 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité 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.

A/1868/2022 - 25/26 - 18.2 En l'espèce, les prestations sont dues depuis plus de 24 mois, dès lors que le recourant a droit à des indemnités journalières du 1er novembre 2021 au 13 janvier 2022, à une rente dès le 14 janvier 2022 et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10% supplémentaires depuis cette même date. Le délai de deux ans est ainsi écoulé depuis le 1er novembre 2023 pour le paiement des indemnités journalières et depuis le 14 janvier 2024 en ce qui concerne les rentes et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Quant au recourant, il a fait valoir son droit aux prestations par son opposition, en date du 17 janvier 2022, à la décision du 30 novembre 2021. Par ailleurs, aucune violation du devoir de collaborer ne peut lui être reproché. Ainsi, les intérêts moratoires de 5% sont dus pour les indemnités journalières dès le 1er novembre 2023 et, pour les rentes et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité supplémentaire de 10%, dès le 14 janvier 2024.

**E. 19**

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

**E. 20**

Dans la mesure où le recourant obtient largement gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui est octroyée à titre de dépens.

**E. 21**

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA a contrario).

A/1868/2022 - 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.