

GE_GERICHTE A/3121/2024 vom 4. Dezember 2025

GE Cour de justice, 2025-12-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3121_2024

FR: GE_GERICHTE A/3121/2024 du 4 décembre 2025

IT: GE_GERICHTE A/3121/2024 del 4 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

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ■ E 5 10).

E. 1.3

Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai de 30 jours (art. 60 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a LPA) prévus par la loi, compte tenu du report au lundi 23 septembre 2024 de l'échéance du délai, tombée sur l'avant-veille (art. 38 al. 3 LPGA), le recours est recevable.

E. 2

Le litige porte sur le droit éventuel du recourant à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

E. 3.1

Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date (le 25 juillet 2015), le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf . dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront donc citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

E. 3.2

L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il 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 (art. 16 al. 2 LAA). 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).

E. 3.3

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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 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 (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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). 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 137 V 210 consid. 1.3.4 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 3.4

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). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1) ; seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

E. 3.4.1

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). 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).

E. 3.4.2

Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente ; 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). Dans le domaine

de l'assurance-accidents, le revenu sans invalidité doit être établi sans égard au fait que l'assuré mettait à profit entièrement, ou en partie seulement, sa capacité de travail avant l'accident. Il faut, autrement dit, rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé les utiliser pleinement (cf . ATF 119 V 475 consid. 2b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_664/2007 du 14 avril 2008 consid. 7.2.2 à 7.2.5 et les références).

E. 3.4.3

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'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 148 V 174 consid. 6.2 et les références ; 143 V 295 consid. 2.2 et les références). Il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1_tirage_skill_level , à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_skill_level et non pas le tableau TA1_b (ATF 142 V 178). Lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières ; tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. Il y a en revanche lieu de se référer à la ligne « total secteur privé » lorsque l'assuré ne peut plus raisonnablement exercer son activité habituelle et qu'il est tributaire d'un nouveau domaine d'activité pour lequel l'ensemble du marché du travail est en principe disponible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_709/2023 du 8 mai 2024 consid. 6.2.1 et les références). En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques dans le secteur privé) pour se référer à la table TA7 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon le domaine d'activité dans les secteurs privé et public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidité et que le secteur en question est adapté et exigible. C'est le lieu de préciser que les tables TA1, T1 et TA7 des ESS publiées jusqu'en 2010 correspondent respectivement aux tables TA1_skill_level , T1_tirage_skill_level et T17 des ESS publiées depuis 2012 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2.2 et les références). 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). Les tableaux TA1, T1 et T17 de l'ESS 2022 ont été publiés le 29 mai 2024, l'ESS 2020 le 23 août 2022 ; l'ESS 2018, le 21 avril 2020 ; l'ESS 2016, le 26 octobre 2018 (étant précisé que le tableau T1_tirage_skill_level a été corrigé le 8 novembre 2018) ; et l'ESS 2014, le 15 avril 2016. Depuis la 10^e édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de compétences ont été définis en fonction de neuf groupes de professions (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la

profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_ skill_level de l'ESS 2012 ; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules. L'application du niveau 2 se justifie uniquement si la personne assurée dispose de compétences ou de connaissances particulières. L'accent est donc mis sur le type de tâches que l'assuré est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications mais pas sur les qualifications en elles-mêmes. Il faut encore préciser que l'expérience professionnelle de plusieurs années dont peut se prévaloir un assuré - sans formation commerciale ni autre qualification particulière acquise pendant l'exercice de la profession - ne justifie pas à elle seule un classement supérieur au niveau de compétences 2, dès lors que dans la plupart des secteurs professionnels, un diplôme ou du moins des formations et des perfectionnements (formalisés) sont exigés (ATF 150 V 354 consid. 6.1 et les références). 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). Le salaire fondé sur les ESS doit encore être adapté à l'horaire de travail usuel de la branche, et indexé à l'année déterminante en tenant compte des valeurs spécifiques au sexe (ATF 129 V 408). Le cas échéant, il y a lieu d'adapter le salaire statistique à l'évolution des salaires nominaux en appliquant soit le chiffre définitif de l'indice suisse des salaires nominaux publié au moment déterminant de la décision litigieuse, soit la plus récente estimation trimestrielle (cf . ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_659/2022 du 2 mai 2023 consid. 7.2).

E. 3.5

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 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 1 re phr.). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité 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 et les références). Elle se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des

considérations d'ordre subjectif ou personnel. En cela, elle se distingue de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (ATF 115 V 137 consid. 1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.2 et les références ; 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; RAMA 2004 p. 415 ; arrêt du Tribunal fédéral U.134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2). La Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA ou SUVA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur 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'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA ■ RS 832.202 ; ATF 132 II 117 consid. 2.2.3 ; 124 V 209 consid. 4a/cc ; 116 V 156 consid. 3a).

E. 3.6

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).

E. 4.1

En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant souffre d'un syndrome douloureux régional complexe de la main droite, en lien avec l'accident dont il a été victime le 25 juillet 2015. Sur le plan médical, l'intimée, en s'appuyant sur le rapport d'expertise du Dr G_____ du 21 octobre 2022, considère que le recourant dispose d'une capacité de travail entre 50 et 75% dans son activité habituelle d'employé de commerce, mais de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, depuis fin février 2018, date de la stabilisation de son état de santé. Il convient d'examiner la valeur probante de ce rapport d'expertise. Ce rapport se fonde sur l'anamnèse et le résumé des pièces médicales au dossier, y compris des rapports d'imagerie (p. 2-8, 12-13), sur les indications subjectives du recourant (p. 8-10), sur des observations cliniques (p. 10-12), ainsi que sur l'appréciation du cas qui est bien motivée et n'est contredite par aucun avis médical spécialisé (p. 13-18). Ce rapport remplit les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Plus particulièrement, le Dr G_____ a posé le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de raideur douloureuse résiduelle de la main droite après syndrome douloureux régional complexe secondaire à une contusion de la face dorsale de l'index, du majeur et de l'annulaire survenue le 25 juillet 2015. L'expert a estimé que la capacité de travail du recourant dans l'activité habituelle, qui nécessitait la saisie rapide au clavier, était

limitée, en termes de rendement, qu'il a évaluée entre 50 et 75% (d'un taux de 100%). Cette appréciation tenait compte de pauses régulières ou d'une cadence de travail moins soutenue qu'avant l'accident. En revanche, dans une activité adaptée, la capacité de travail du recourant était entière, sans baisse de rendement, depuis début 2018, date à compter de laquelle l'état de santé était stabilisé. Les limitations fonctionnelles étaient une raideur de l'index, du majeur et de l'annulaire droits, un périmètre moindre de l'avant-bras et du bras droits et un manque de force de la main droite. Le recourant devait éviter, pour la main droite, le port de charges supérieures à 5-10 kg de façon isolée, 3-5 kg de façon répétée, la sollicitation dans la durée (plus d'une à deux heures sans pause) pour des tâches manuelles même légères (saisie au clavier), l'exposition aux températures extrêmes ou aux changements brusques de température, ainsi que l'exposition aux vibrations. Le Dr G_____ s'est déterminé sur le rapport d'expertise du Dr C_____ du 19 mars 2019, et s'est écarté des conclusions de son confrère, qui retenait une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle. Le Dr G_____ a expliqué que la capacité de travail du recourant ne pouvait pas être entière dans cette activité qui requérait l'usage des deux mains pour la saisie rapide au clavier, en raison de la perte de dextérité, de rapidité, de force et d'endurance de la main droite, dominante, qui entraînait une diminution de rendement. Les critiques que formule le recourant ne sont pas de nature à remettre en cause l'appréciation du Dr G_____. Tout d'abord, peu importe que l'expert n'ait pas fixé un taux précis de la capacité de travail du recourant dans l'activité habituelle mais ait plutôt indiqué que celui-ci se situait entre 50 et 75%, car, en vertu de son obligation de réduire le dommage, il est exigible que le recourant cesse cette activité et exploite économiquement sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée à son état de santé. Ce changement de profession permet ensuite d'établir s'il subit de ce fait une perte de gain. Le fait que l'expert n'ait pas mentionné dans le rapport d'expertise que la main droite s'était raidie et avait changé de couleur lors de l'entretien n'est pas décisif, puisqu'il s'agit de symptômes typiques du syndrome douloureux régional complexe (cf . arrêt du Tribunal fédéral 8C_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 5.1) et l'expert a précisément retenu ce diagnostic dans son rapport. En tant que le recourant estime que la description de ses limitations fonctionnelles par l'expert était insuffisante et imprécise, il émet sa propre appréciation subjective, sans fournir aucune pièce médicale à l'appui de son raisonnement. Il n'est en tout cas pas nécessaire que l'expert précise la durée des pauses dont devrait bénéficier le recourant. En effet, l'expert a expressément retenu que celui-ci devait éviter la sollicitation de sa main droite dans la durée (plus d'une à deux heures sans pause) pour des tâches manuelles légères, telles que la saisie au clavier, ce qui correspond à l'activité habituelle du recourant. En d'autres termes, dans une activité adaptée sans usage prolongé de la main droite (le recourant n'est donc pas dans la situation d'une personne entièrement privée de l'usage de sa main droite), sa capacité de travail est entière. Ensuite, le raisonnement de l'expert sur le rendement n'est pas contradictoire. Dans l'arrêt de renvoi du 16 décembre 2021 opposant les parties (ATAS/1301/2021), la chambre de céans a relevé que le Dr C_____, dans son rapport d'expertise du 31 mai 2019, retenait une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle exercée dans le domaine de la bureautique, laquelle impliquait par essence une utilisation régulière et intensive des deux mains et donc de la main droite. La chambre de céans soulignait que ce médecin n'avait pas expliqué les motifs pour lesquels un rendement identique était possible malgré les limitations qu'il avait constatées. Or, très vraisemblablement, l'atteinte à la main droite entraînait à tout le moins une diminution de rendement. Ainsi, il convenait d'instruire le dossier et de déterminer si le

recourant pouvait effectuer son activité habituelle avec une probable diminution de rendement, qu'il y avait lieu cas échéant de chiffrer. Le Dr G_____ a répondu à cette question par l'affirmative, en exposant que l'usage de la main droite, dominante, était limité par un certain degré de raideur digitale, par un manque d'endurance et de force ainsi que par des douleurs accentuées par les mouvements, raison pour laquelle la capacité de travail du recourant dans l'activité habituelle, qui nécessitait une sollicitation de la main droite dans la durée, ne pouvait pas être entière. Ainsi, le Dr G_____ a tenu compte d'une baisse de rendement (et l'a chiffrée entre 25 et 50%) dans l'activité habituelle en raison de la diminution du rythme d'exécution des tâches (saisie au clavier). Cela étant, cette appréciation ne contredit pas celle selon laquelle, dans une activité adaptée sans effort ni usage prolongé de la main droite, la capacité de travail du recourant est entière. Il n'est par ailleurs pas nécessaire d'examiner plus en détail l'influence des douleurs persistantes du recourant sur sa capacité de travail résiduelle, car le Dr G_____ a souligné que l'évaluation objective de la douleur restait complexe et imparfaite. En d'autres termes, la douleur qui varie selon les individus est une notion subjective qui ne peut pas avoir une incidence sur l'appréciation objective du cas, seule décisive. L'appréciation du Dr G_____ selon laquelle une prise en charge antalgique pourrait atténuer les douleurs, améliorer l'endurance et augmenter la capacité de travail n'est pas déterminante pour l'issue du litige, dès lors que, dans tous les cas, la capacité de travail du recourant est déjà entière dans une activité adaptée à son état de santé, qu'il suive ou non un traitement antalgique. Enfin, la question de savoir si selon le Dr G_____, l'activité en post-production, pour laquelle le recourant a bénéficié d'un reclassement financé par l'assurance-invalidité, est exigible ou pas peut demeurer ouverte. De l'avis du recourant, cette activité n'est pas adaptée à son état de santé, motif pris qu'elle est similaire à son activité antérieure, compte tenu notamment de la nécessité d'avoir « des positions des mains très précises » et de l'utilisation du clavier et de la souris. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 5 juin 2025, le recourant a déclaré que s'il avait su que son atteinte à la main persisterait, il aurait effectué une reconversion dans une activité demandant très peu d'utilisation de la main droite. À cette occasion, la chambre de céans a également fait remarquer à l'intimée que l'activité dans la post-production (audiovisuel) exigeait un travail à l'ordinateur relativement semblable à un travail administratif (procès-verbal du même jour p. 3-4). Se poserait alors la question d'une éventuelle baisse de rendement de l'ordre de 25-50% dans l'activité de post-production. Parmi les activités décrites par l'intimée dans son écriture du 6 août 2025, bon nombre n'apparaît pas tout à fait adapté aux compétences du recourant, ni exigible du point de vue de son état de santé (tel que les métiers numériques [rédacteur web, journaliste, développeur, programmeur], les métiers créatifs ou artisanaux [peintre, calligraphe, musicien], les métiers liés à l'enseignement). Aussi la référence à ces activités ne peut-elle pas refléter la réelle capacité de gain du recourant. Quoi qu'il en soit, comme on le verra plus loin, il y a lieu de se référer, pour déterminer le revenu avec invalidité du recourant, à la valeur médiane (« total secteur privé ») du salaire statistique issu de la table TA1, et pas au salaire statistique d'une branche particulière (consid. 4.2 infra). Au passage, sous l'angle psychique, le recourant ne remet pas en question le rapport d'expertise psychiatrique du 15 juin 2023, et en particulier ne conteste pas disposer d'une pleine capacité de travail dans toute activité sur le plan psychique. En définitive, il y a lieu d'admettre que le recourant est pleinement apte à exercer un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles depuis début 2018. Étant donné que l'état de santé du recourant était stationnaire depuis début 2018, l'intimée était fondée à clore le cas à cette date et à

examiner le droit éventuel du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

E. 4.2

En ce qui concerne l'évaluation de l'invalidité du recourant, il y a lieu de relever que l'assureur-accidents n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.3). Le début du droit à la rente du recourant, respectivement le moment où il convient de procéder à la comparaison des revenus, doit être fixé à la date de la fin des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité (cf . art. 19 al. 1 LAA). En l'espèce, l'OAI a accordé des indemnités journalières au recourant durant son reclassement professionnel du 1^{er} septembre 2017 au 31 décembre 2018 (cf . ATAS/1301/2021 du 16 décembre 2021 consid. 9.2.1). Par conséquent, le droit éventuel à la rente prend naissance le 1^{er} décembre 2019. La comparaison des revenus déterminants doit donc se faire au regard de l'année 2019. Il y a lieu de rappeler aux parties que l'art. 24 al. 2 OLAA auquel elles se réfèrent, et aux termes duquel « lorsque le droit à la rente naît plus de cinq ans après l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle, le salaire déterminant est celui que l'assuré aurait reçu, pendant l'année qui précède l'ouverture du droit à la rente, s'il n'avait pas été victime de l'accident ou de la maladie professionnelle, à condition toutefois que ce salaire soit plus élevé que celui qu'il touchait juste avant la survenance de l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle », concerne l'adaptation du gain assuré déterminant pour la fixation de la rente qui naît plus de cinq ans après l'accident. Dans ce cas, cette adaptation ne doit pas se faire concrètement selon l'évolution des salaires auprès du dernier employeur mais en fonction de l'évolution des salaires nominaux dans le domaine d'activité antérieur (cf . arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2014 du 15 octobre 2015 consid. 5.3.2). Selon l'art. 20 al. 1 LAA, la rente d'invalidité s'élève à 80% du gain assuré, en cas d'invalidité totale ; si l'invalidité n'est que partielle, la rente est diminuée en conséquence. In casu , outre le fait que le moment de l'ouverture du droit à la rente remonte au 1^{er} janvier 2019, soit trois ans et demi après l'accident du 25 juillet 2015, et non pas plus de cinq ans après celui-ci, l'art. 24 al. 2 OLAA est de toute manière pertinent pour le calcul du gain assuré, déterminant pour le montant de la rente d'invalidité - question qui sort ici de l'objet de la contestation, puisque la décision litigieuse nie le droit à une rente. Pour ce qui est du revenu sans invalidité, que le recourant aurait pu obtenir en 2019 - année déterminante pour la comparaison des revenus - dans son ancienne activité d'employé de commerce s'il n'avait pas été atteint dans sa santé, l'intimée s'est basée sur les données communiquées par l'ancien employeur dans la déclaration d'accident du 10 août 2015. En 2015, le revenu annuel brut était de CHF 72'026.70 pour un taux d'activité de 80%. Converti en salaire pour une activité à plein temps, il s'élève à CHF 90'033.375. Il y a lieu d'indexer ce montant à 2019. À cet égard, on ne peut pas se fonder sur les courriels de l'ancien employeur des 11 juillet et 25 septembre 2015 faisant état de l'historique des augmentations maximales de salaires annuelles appliquées dans la société en Suisse de 2016 à 2025. Il ressort en effet de ces documents que ces augmentations ne se rapportent pas précisément au poste de travail du recourant, étant relevé que l'ancien employeur a indiqué qu'il était difficile de répondre à la question de l'évolution du salaire du recourant s'il était resté dans l'entreprise. Il y a dès lors lieu d'adapter le revenu annuel sans invalidité de CHF 90'033.40 selon l'indice suisse des salaires nominaux pour les hommes, publié par l'OFS (tableau T39 ; ISS en 2015 : 2226 et en 2019 : 2279). On obtient ainsi un revenu sans invalidité de CHF 92'177.02677 (CHF 90'033.375 × 2279 / 2226) en 2019. Quant au revenu d'invalidité du recourant en 2019, dans la mesure où il n'a pas repris d'activité

professionnelle, ce revenu doit être évalué sur la base des statistiques salariales figurant dans l'ESS. En ce qui concerne l'année de référence des tableaux statistiques à appliquer, l'ESS 2018 était déjà publiée (le 21 avril 2020) au moment déterminant de la décision sur opposition du 21 août 2024. Aussi convient-il de se référer à la version 2018. Il ressort du dossier que, avant son atteinte à la santé en 2015, le recourant a successivement travaillé dans le domaine de la sérigraphie (impression sur textile), dans la bureautique au sein d'une entreprise active dans la fourniture de bureau, et au service d'une entreprise de télécommunications, puis en 2002-2003 en tant que vendeur dans une société spécialisée dans la distribution de produits informatiques, en 2003-2004 auprès d'une autre société dans la télévente de bannières publicitaires, en 2005-2006 dans la vente de cartouches d'imprimantes, en 2007-2013 dans la vente de tests de dépistages pour les hôpitaux en tant qu'employé de bureau, et enfin auprès de son ancien employeur (dossier intimée p. 533). Force est de constater que le recourant a exercé diverses activités professionnelles dans des domaines variés. Il ne se trouve pas dans la situation particulière dans laquelle il aurait travaillé de nombreuses années dans le même domaine d'activités avant son atteinte à la santé et où une activité dans un autre domaine n'entrerait pratiquement plus en ligne de compte, conditions requises par la jurisprudence pour s'écarter de la valeur médiane (« total secteur privé ») des salaires statistiques et se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers voire d'une branche particulière. En ce qui concerne le niveau de compétences du recourant, ce dernier possède un CFC de sérigraphiste sur textile. Comme relevé précédemment, il a exercé comme vendeur et a travaillé également dans le domaine administratif. Ces activités coïncident avec la définition du niveau de compétences 2 qui comprend les tâches pratiques telles que la vente / les soins / le traitement de données et les tâches administratives / l'utilisation de machines et d'appareils électroniques / les services de sécurité / la conduite de véhicules. Pour déterminer le revenu d'invalidé du recourant, il convient dès lors de se fonder sur le revenu médian de CHF 5'649.- de la table TA1_tirage_skill_level (ESS 2018, total secteur privé) pour un homme avec un niveau de compétences 2. Ce salaire hypothétique se base toutefois sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises. Ajusté à la durée hebdomadaire normale de travail en 2018, laquelle est de 41.7 heures (tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'OFS), ce montant doit être porté à CHF 70'668.99 par année ($[\text{CHF } 5'649 \times 12] \times 41.7 / 40$). Après adaptation de ce montant à l'évolution des salaires nominaux pour les hommes en 2019 (tableau T39 précité ; ISS ; en 2018 : 2260 et en 2019 : 2279), le revenu avec invalidité s'élève à CHF 71'263.10982 ($\text{CHF } 70'668.99 \times 2279 / 2260$) pour un plein temps. À ce salaire, il n'y a pas lieu d'opérer un abattement. En effet, sur le marché du travail équilibré, il y a un éventail suffisamment large d'activités respectant les limitations fonctionnelles du recourant (telles que surveillant, gardien de musée, guide touristique). Ainsi, une déduction supplémentaire sur le salaire statistique ne se justifie pas pour tenir compte des circonstances liées au handicap. L'âge du recourant (42 ans au moment de la naissance du droit éventuel à la rente) ou sa nationalité (suisse) ne sont pas de nature à influencer sur ses perspectives salariales (cf . arrêt du Tribunal fédéral 9C_522/2011 du 8 février 2012 consid. 3.2 et 3.5). L'éloignement du marché du travail ne constitue pas un facteur d'abattement au sens de la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_273/2019 du 18 juillet 2019 consid. 6.3 et la référence). Les années de service auprès de l'ancien employeur ne constituent pas un élément susceptible d'avoir un effet sur le montant du salaire auquel le recourant pourrait prétendre sur le marché du travail. Au moment de la survenance de son accident le 25 juillet 2015, le recourant

travaillait pour l'ancien employeur depuis deux ans et cinq mois, ce qui n'est pas une durée assez longue, en règle générale, pour bénéficier de conditions particulières liées à l'ancienneté, même pour un employé qualifié du niveau de compétences 2 (cf . arrêt du Tribunal fédéral 8C_405/2021 du 9 novembre 2021 consid. 6.4.2 dans lequel aucun abattement n'a été appliqué pour les années de service - sept ans et demi - auprès de l'ancien employeur de l'assurée, employée qualifiée du niveau de compétences 2). Par conséquent, le revenu avec invalidité de CHF 71'263.10982, comparé au revenu sans invalidité de CHF 92'177.02677, aboutit à un taux d'invalidité de 22.68% ($[92'177.02677 - 71'263.10982] / 92'177.02677 \times 100$), arrondi à 23% (ATF 130 V 121 consid. 3.2), lequel ouvre le droit à une rente d'invalidité du même taux (art. 18 al. 1 LAA) à compter du 1^{er} janvier 2019.

E. 4.3

Le recourant sollicite l'octroi d'intérêts moratoires de 5% l'an sur le montant rétroactif des rentes auquel il a droit.

E. 4.3.1

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. L'obligation de payer des intérêts moratoires selon l'art. 26 al. 2 LPGA commence 24 mois après le droit à la rente en tant que tel pour l'ensemble des prestations courues jusque-là, et non pas d'abord seulement deux ans après l'exigibilité de chaque rente mensuelle (ATF 133 V 9 consid. 3.6). Selon l'art. 7 al. 1 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% l'an. 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 (art. 7 al. 2 OPGA).

E. 4.3.2

En l'occurrence, le droit à la rente d'invalidité en tant que tel est né le 1^{er} janvier 2019, comme relevé précédemment. Le recourant peut donc prétendre à un intérêt moratoire de 5% l'an dès le 1^{er} janvier 2021, le premier jour du mois durant lequel le délai de 24 mois à compter de la naissance du droit a expiré. Par ailleurs, aucun défaut de collaboration ne peut lui être imputé. Il s'ensuit que l'intimée doit être condamnée au versement des intérêts moratoires à compter du 1^{er} janvier 2021, jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné.

E. 4.4

En ce qui concerne le droit éventuel à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, il ressort du rapport d'expertise du Dr G_____ du 21 octobre 2022 que la situation du recourant ne correspond à aucune de celles citées dans les tables de la SUVA. En particulier, faute d'amputation et dans la mesure où la fonction des doigts atteints n'était pas nulle, le taux d'atteinte à l'intégrité objectivable était de 0%. En tant que le recourant invoque un taux d'indemnité de 30%, il se limite à substituer sa propre évaluation à celle du Dr G_____. Or, aucun avis médical au dossier ne procède à une évaluation divergente de son atteinte à l'intégrité ou ne permet de mettre en doute l'appréciation dudit médecin. En conséquence, la

décision litigieuse, en tant qu'elle nie le droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, sera confirmée.

E. 4.5

Au vu des développements qui précèdent, il n'est pas nécessaire de donner suite aux mesures d'instruction supplémentaires sollicitées par le recourant.

E. 5

Sur le vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision sur opposition du 21 août 2024 réformée, en ce sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 23% à partir du 1^{er} janvier 2019, avec intérêts moratoires de 5% dès le 1^{er} janvier 2021 jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné. Le recourant, représenté par un avocat, et obtenant partiellement gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), arrêtée en l'espèce à CHF 2'000.-. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f bis LPGA a contrario). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :**

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