

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3121/2024

ATAS/948/2025

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 4 décembre 2025**

**Chambre 5**

En la cause

A\_\_\_\_\_

recourant

représenté par Me Thomas BÜCHLI, avocat

contre

**HELSANA ACCIDENTS SA**

intimée

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER  
FÜLLEMANN, juges assesseurs.**

---

## EN FAIT

**A. a.** A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en \_\_\_\_\_ 1976, travaillait en tant qu'employé de commerce pour le compte d'une société active dans la commercialisation de produits médicaux, du 1<sup>er</sup> février 2013 au 30 novembre 2016, date de la fin des rapports de travail consécutivement à son licenciement. À ce titre, il était assuré contre les accidents - professionnels ou non - auprès d'HELSANA ACCIDENTS SA (ci-après : l'assurance).

**b.** Le 25 juillet 2015, alors qu'il était en vacances à Valence (Espagne), l'assuré a glissé et est tombé dans les escaliers d'un supermarché. Il s'est rattrapé sur la main droite et s'est tordu la cheville (déclaration de sinistre des 10 août et 23 novembre 2015).

**c.** Depuis lors, l'assuré est incapable de travailler totalement ou partiellement selon les périodes.

**d.** L'assurance a pris en charge les suites de cet accident.

**e.** Le 25 janvier 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI).

**B. a.** Sur mandat de l'assurance, le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main, a examiné l'assuré pour expertise le 19 octobre 2016.

Dans un rapport du 26 octobre 2016, l'expert a posé les diagnostics de maladie de Südeck post-traumatique des doigts longs de la main droite au décours avec une limitation fonctionnelle douloureuse modérée de D2 et de D3 et de status après écrasement de la base des doigts longs de la main droite, notamment de l'index, le 25 juillet 2015, et maladie de Südeck secondaire. Ces atteintes étaient en lien de causalité naturelle avec l'accident.

L'assuré était capable de travailler à 100%, dans une activité d'employé de bureau, avec un rendement de 50%. La capacité de travail pouvait vraisemblablement être augmentée à 70% d'un temps complet dès 2017 mais il n'était pas possible d'émettre de pronostic plus précis au-delà de cette date. Dans son activité habituelle, l'assuré était limité par l'endurance et l'habileté manuelle de la main droite, notamment pour l'utilisation d'un clavier d'ordinateur. Dans une activité adaptée, sans effort ni mouvement répétitif prolongé de la main droite, l'assuré devrait retrouver un rendement complet. L'évolution n'était pas encore stabilisée et une récupération fonctionnelle complète était encore possible.

**b.** Par décision du 23 mai 2017, l'assurance a mis un terme au versement des indemnités journalières avec effet au 31 août 2017, en considérant qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail, dès lors que l'assuré était capable de travailler dans une activité n'exigeant pas d'effort ni de mouvements répétitifs prolongés de la main droite.

**c.** Le 22 juin 2017, l'assuré s'est opposé à cette décision, en expliquant être encore incapable de travailler.

**d.** À la demande de l'assurance, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a examiné l'assuré pour expertise le 19 mars 2019.

Dans son rapport du 31 mai 2019, l'expert a retenu les diagnostics de status 3.5 ans après contusion de la main droite (à hauteur du 2<sup>e</sup> métacarpe - MP2), complication sous forme d'un CRPS de la main droite, raideur résiduelle essentiellement de l'interphalangienne proximale (IPP3) de la main droite, très modérée et suspicion d'un syndrome du tunnel carpien gauche et d'une neuropathie irritative cubitale au coude gauche.

La capacité de travail dans l'activité habituelle de bureautique, activité privilégiant l'usage d'un ordinateur, mais n'excluant pas l'écriture au besoin, était entière. Aucune indemnisation n'était par ailleurs due au titre d'une atteinte à l'intégrité.

**e.** Par décision du 18 juin 2019, l'assurance a refusé l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, le taux de l'atteinte retenu étant inférieur aux 5% nécessaires pour y avoir droit. Les conditions pour l'octroi de prestations en espèces (par ex. : indemnités journalières, rente d'invalidité) n'étaient pas non plus remplies, étant donné que ni une nouvelle incapacité de travail, ni une limitation durable de la capacité de gain ne résultaient de l'événement du 25 juillet 2015.

**f.** Le 18 juillet 2019, l'assuré s'est opposé à ladite décision.

**g.** Le 1<sup>er</sup> avril 2020, l'assuré a été examiné par le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main. Dans un rapport du 28 avril 2020, ce médecin a considéré que le CRPS n'était pas encore terminé et qu'il se trouvait dans la phase dite « froide ». La capacité de travail paraissait réduite dans toute activité nécessitant l'utilisation intensive ou répétitive de la main droite, en raison du manque d'endurance et de force ainsi que des douleurs susceptibles de persister plusieurs jours.

**h.** L'assurance a soumis le rapport du Dr D\_\_\_\_\_ à son médecin-conseil, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, lequel a considéré, dans un courriel du 16 juillet 2020, que les conclusions du Dr C\_\_\_\_\_ restaient valables, le status étant quasiment identique. Il n'était pas nécessaire de solliciter un complément, voire de réaliser une expertise, en l'absence de changements significatifs.

**i.** Par décision sur opposition du 14 août 2020, l'assurance a écarté les oppositions des 22 juin 2017 et 18 juillet 2019 et a confirmé ses décisions des 23 mai 2017 et 18 juin 2019. Elle a, en substance, retenu qu'au vu des rapports d'expertise probants figurant au dossier, il devait être considéré, d'une part, que la capacité de travail de l'assuré était entière tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée et, d'autre part, qu'il ne subissait pas d'atteinte à l'intégrité.

**j.** Par décision du 23 septembre 2020, l'assurance a nié la prise en charge d'un traitement d'ergothérapie, en considérant que l'état de santé était stabilisé et qu'il ne pouvait plus être significativement amélioré.

**k.** Le 26 octobre 2020, l'assuré s'est opposé à cette décision, en se prévalant notamment d'un rapport du 20 octobre 2020 du docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, qui préconisait la reprise de l'ergothérapie au moins une fois par semaine pour travailler encore les mobilités et l'endurance.

**l.** L'assuré a déféré la décision sur opposition du 14 août 2020 à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans).

**m.** Le 6 novembre 2020, l'assurance a suspendu la procédure d'opposition à la décision du 23 septembre 2020 jusqu'à droit connu dans la procédure judiciaire, qui concernait l'octroi de la rente et donc également la stabilisation de l'état de santé.

**n.** Par arrêt du 16 décembre 2021 (ATAS/1301/2021), la chambre de céans a annulé la décision sur opposition du 14 août 2020, et renvoyé la cause à l'assurance pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

En substance, la chambre de céans a considéré que c'était à juste titre que l'assurance avait mis un terme au versement de ses indemnités journalières avec effet au 31 août 2017, dans la mesure où l'OAI avait accordé des indemnités journalières à l'assuré durant son reclassement professionnel, du 1<sup>er</sup> septembre 2017 au 31 décembre 2018.

Pour le droit éventuel aux prestations de l'assurance-accidents dès le 1<sup>er</sup> janvier 2019, la chambre de céans a examiné la valeur probante du rapport d'expertise du Dr C\_\_\_\_\_. Compte tenu des plaintes de l'assuré et des restrictions au niveau de la main droite, notamment en termes d'amplitudes articulaires, d'endurance et de force de préhension, la chambre de céans a estimé que les conclusions de l'expert n'étaient pas convaincantes. Celui-ci retenait une capacité de travail entière 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, avec des exigences de rendement. Or, de toute évidence, une personne qui présentait des restrictions au niveau de la main n'avait pas un rendement identique à celui que réaliserait une personne qui ne souffrait d'aucune atteinte aux mains. La question était donc celle de savoir si l'assuré pouvait effectuer son activité habituelle ou une activité similaire, avec un rendement identique à celui qu'il avait avant l'accident, et ce malgré l'atteinte à sa main droite. Or, le Dr C\_\_\_\_\_ n'avait pas expliqué pour quels motifs un rendement identique était possible malgré les limitations alléguées par l'assuré et celles constatées par l'expert.

La chambre de céans a ajouté que dans un rapport du 21 mars 2021, le Dr D\_\_\_\_\_ avait expliqué que l'assuré devait faire une pause de 30 minutes

toutes les deux à trois heures, ce qui induisait par définition une diminution de rendement. Certes, ce rapport était postérieur à la décision attaquée. Il mettait toutefois en évidence les conséquences du manque d'endurance et de force, limitations induisant une fatigue et déjà évoquées fin avril 2020, soit antérieurement à la décision sur opposition attaquée.

S'y ajoutait le fait que plus d'un an s'était écoulé entre l'examen par le Dr C\_\_\_\_\_ le 19 mars 2019 et la décision sur opposition du 14 août 2020 et qu'il ressortait de ce qui précédait que la situation ne s'était pas améliorée comme le pronostiquait l'expert, mais qu'elle s'était même aggravée jusqu'à un certain point.

Dans de telles circonstances, la chambre de céans ne pouvait se fier au rapport du Dr C\_\_\_\_\_ pour examiner le bien-fondé de la décision sur opposition querellée.

Très vraisemblablement, l'atteinte à la main entraînait à tout le moins une diminution de rendement. La question qui se posait à ce stade était donc celle de savoir s'il fallait ordonner une expertise judiciaire, comme cela était sollicité par l'assuré, pour quantifier cette diminution de rendement.

La situation n'ayant toutefois pas été investiguée entre le 19 mars 2019 et la décision sur opposition du 14 août 2020, et afin de respecter le principe du double degré de juridiction s'agissant de cette période, la chambre de céans a renvoyé la cause à l'assurance pour instruction complémentaire.

- C. a. Sur ce, l'assurance a confié une expertise au docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main, qui a examiné l'assuré le 20 septembre 2022.

Dans un rapport du 21 octobre 2022, l'expert a retenu 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 27 juillet 2015.

La capacité de travail était estimée entre 50 et 75% dans l'activité habituelle, à temps complet, mais à 100% sans baisse de rendement dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pour la main droite : pas de port de charges de plus de 5 à 10 kg de façon isolée, de 3 à 5 kg de façon répétée, pas de sollicitation dans la durée - plus d'une à deux heures sans pause - pour des tâches manuelles même légères [saisie au clavier], pas d'exposition aux températures extrêmes ou aux changements brusques de température, pas d'exposition aux vibrations), depuis début 2018.

Deux volets de la prise en charge n'avaient pas encore fait l'objet d'une évaluation spécialisée : le traitement de la douleur chronique qui relevait du domaine d'un anesthésiste-antalgiste (centre de la douleur par exemple), et l'impact psychologique des suites de l'accident. L'expert ne pouvait pas exclure

qu'une pathologie non somatique puisse expliquer une partie des limitations rapportées par l'assuré (catastrophisation par exemple).

Des séances mensuelles d'ergothérapie n'apporteraient vraisemblablement plus de gain sur le plan de la fonction de la main droite mais pourraient éviter une dégradation de la situation.

Le taux d'atteinte à l'intégrité objectivable était quant à lui nul.

**b.** Par appréciation du 28 novembre 2022, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé était stabilisé depuis 2018, que la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle d'employé de bureau était de 50 à 75%, mais de 100% sans baisse de rendement dans une activité adaptée.

**c.** Par pli du 31 janvier 2023, l'assuré s'est déterminé sur l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ et a sollicité des mesures d'instruction complémentaires, auprès de cet expert, d'un centre de réadaptation, d'un centre de la douleur, et d'un psychiatre.

**d.** Par appréciation du 20 février 2023, le Dr E\_\_\_\_\_ a uniquement accepté la prise en charge d'un traitement au centre de la douleur « à but test durant trois mois, puis à rediscuter », et une expertise psychiatrique.

**e.** Par courrier du 22 février 2023, l'assurance a informé l'assuré que des mesures d'instruction complémentaires en ce qui concernait l'ampleur des limitations n'étaient pas nécessaires étant donné qu'il avait été reclassé par l'assurance-invalidité et que, en conséquence, dès la fin 2018, sa capacité de travail exigible, dans le secteur de l'édition, l'audiovisuel et la diffusion, était pleine sans perte de rendement. Au sujet du traitement médical, le médecin-conseil donnait son accord pour un suivi de trois mois, renouvelable, sur la base d'un rapport du spécialiste, auprès de la clinique de la douleur de l'Hôpital de la Tour. Les factures pourraient être envoyées à l'assurance directement pour règlement. Enfin, elle mettrait en œuvre une expertise psychiatrique.

**f.** Par lettre du 28 mars 2023, l'assuré a contesté disposer d'une capacité de travail entière dans le secteur de l'édition, l'audiovisuel et la diffusion. Le suivi d'une formation théorique dans ce domaine avec le soutien de l'AI en 2017 ne permettait pas de conclure, six ans plus tard, à une capacité de travail totale dans ce domaine. Toute activité bureautique, indispensable pour l'édition et la diffusion, avait été exclue, et il présentait des limitations fonctionnelles importantes. Il a réitéré sa demande tendant à une évaluation par un centre de réadaptation.

**g.** Le 6 avril 2023, l'assurance a transmis à l'OAI les nouvelles pièces au dossier depuis la décision de refus de rente de l'OAI du 11 juillet 2019, et l'a invité à lui confirmer que, le cas échéant, le reclassement effectué par ses soins en post-production était toujours compatible avec les limitations de l'assuré, et qu'une

activité adaptée dans le domaine de l'édition, l'audiovisuel et la diffusion était partant exigible à temps plein sans perte de rendement.

**h.** Par courrier du 20 avril 2023, l'OAI a indiqué à l'assurance avoir analysé les nouvelles pièces médicales qui lui avaient été soumises. Il était arrivé à la conclusion qu'aucun fait nouveau ou élément au dossier ne rendaient plausible une aggravation notable et durable de l'état de santé de l'assuré depuis sa dernière décision ; par conséquent, il maintenait sa position.

**i.** Le 26 avril 2023, l'assuré a été examiné par la docteure H\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans un rapport du 15 juin 2023, l'experte a retenu le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Ce trouble était en relation de causalité naturelle partielle avec l'accident. La capacité de travail de l'assuré était entière dans toute activité. Le trouble psychique était minime et l'atteinte à l'intégrité de 0%.

**j.** Par appréciation du 19 juin 2023, le Dr E\_\_\_\_\_ a estimé que cette expertise était probante.

**k.** Par courrier du 24 juillet 2023, l'assuré a indiqué à l'assurance que l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ n'était pas concluante sur la capacité de travail et le rendement et devait être complétée sur cette question.

**l.** Par appréciation du 6 novembre 2023, à la question de savoir si des séances mensuelles d'ergothérapie devraient être prises en charge, le Dr E\_\_\_\_\_ a répondu que « vu que le patient n'est plus en traitement démontré depuis longtemps et que la dernière expertise ne fait pas état d'une péjoration manifeste par rapport aux autres, je ne pense pas qu'un traitement quelconque va modifier l'état actuel dans un sens ou l'autre ».

**m.** Par décision du 7 novembre 2023, l'assurance a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, à une indemnité pour atteinte à l'intégrité et à des traitements médicaux ultérieurs.

Elle a rappelé que l'assuré avait bénéficié d'un reclassement pris en charge par l'OAI sous la forme de cours d'infographie puis d'une formation certifiante dans la post-production de plus de 450 heures de cours. Le diplôme obtenu en septembre 2018 lui permettait de posséder les compétences pour prétendre à une activité dans le secteur de l'édition, l'audiovisuel et la diffusion, à 100% sans baisse de rendement.

Elle a fixé le début du droit éventuel à la rente au 1<sup>er</sup> mars 2018, après la consultation effectuée chez le médecin traitant le 5 février 2018, l'état médical ayant été considéré comme stabilisé début 2018 par le Dr G\_\_\_\_\_.

Elle a arrêté le revenu sans invalidité à CHF 91'409.- (soit le revenu annuel de CHF 90'033.40 en 2015 pour un temps plein, compte tenu des données sur la

déclaration d'accidents du 10 août 2015 compétée par l'ancien employeur, adapté à l'évolution des salaires nominaux pour l'année 2018).

Le revenu d'invalidé devait quant à lui être évalué sur la base des chiffres statistiques dans le domaine de l'édition, de l'audiovisuel et de la diffusion (positions 58-60). Selon le tableau TA1 (secteur privé) de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) 2016, le salaire mensuel moyen brut, pour les hommes occupés par des tâches pratiques (niveau de compétences 2) dans le domaine précité, s'élevait à CHF 6'903.-, soit un revenu annuel de CHF 82'836.-. Adapté à l'évolution des salaires nominaux dans le domaine de l'édition, de l'audiovisuel et de la diffusion et compte tenu de l'horaire habituel moyen de travail dans les entreprises du même domaine (40.90 heures), le revenu d'invalidé était de CHF 86'914.- en 2018.

La comparaison des revenus de valide de CHF 91'409.- et d'invalidé de CHF 86'914.- aboutissait à un degré d'invalidité de 4.92%, inférieur au taux minimum de 10%, de sorte que l'assuré n'avait pas droit à une rente d'invalidité.

L'atteinte à l'intégrité due à l'accident était quant à elle nulle.

Enfin, selon le médecin-conseil de l'assurance, il n'existait plus de traitement médical susceptible d'améliorer l'état actuel ou d'empêcher une notable dégradation.

**n.** Par courrier du 7 décembre 2023 complété le 12 janvier 2024, l'assuré s'est opposé à cette décision.

Le traitement médical n'était pas terminé. Il invitait l'assurance à demander au docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et en traitement interventionnel de la douleur, à l'Hôpital de la Tour, qu'il se détermine sur l'évolution de la capacité de travail à la suite du traitement à la clinique de la douleur.

L'instruction médicale n'était pas achevée non plus. L'assuré réitérait sa demande de complément d'expertise au Dr G\_\_\_\_\_ et sollicitait l'enregistrement sonore de l'expertise réalisée par ce médecin.

Certes, le diplôme, obtenu dans le cadre d'une formation théorique en 2017 et 2018 lui conférait certaines connaissances. En revanche, l'exécution pratique et quotidienne d'une activité manuelle dans l'audiovisuel était impossible à cause de ses limitations fonctionnelles.

En l'état, le revenu d'invalidé ne pouvait pas être fixé selon les lignes 58-60 du tableau TA1, mais s'élevait à environ 50% de ce montant. De plus, dans la mesure où il ne disposait pas d'une formation complète en audiovisuel, ni d'expérience professionnelle, il ne pouvait pas atteindre le salaire indiqué dans ce tableau.

L'OAI avait par ailleurs admis un abattement de 10% qui apparaissait d'autant plus justifié à l'aune de l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_.

Le revenu de valide de CHF 91'409.- était également contesté. Durant les neuf dernières années depuis 2015, son salaire auprès de son ancien employeur aurait considérablement augmenté, certainement de 20%, pour atteindre plus de CHF 110'000.-. L'assuré invitait l'assurance à interpellier l'ancien employeur pour obtenir le revenu hypothétique qu'il aurait obtenu au 1<sup>er</sup> janvier 2024.

Dans l'attente des résultats des compléments requis, le refus de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité était également contesté.

**o.** Par courrier du 29 janvier 2024 à l'assurance, l'assuré a indiqué que l'enregistrement sonore de l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ contenait de nombreux éléments qui ne figuraient pas dans le rapport écrit.

**p.** Par décision du 21 août 2024, l'assurance a rejeté les oppositions des 26 octobre 2020 et 7 décembre 2023, et a confirmé les décisions des 23 septembre 2020 et 7 novembre 2023.

Les différents avis médicaux et les expertises démontraient qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé, raison pour laquelle le refus de prise en charge de l'ergothérapie était justifié. L'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ mettait en évidence une stagnation par rapport aux éléments relevés par les Drs D\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_. Par conséquent, l'assuré n'avait pas droit à des traitements ultérieurs, même si ces derniers, qui n'avaient pas amélioré de manière sensible l'état de santé, avaient été pris en charge par l'assurance.

L'assurance a reconnu pleine valeur probante à l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_. L'activité adaptée décrite par l'expert tenait compte des limitations fonctionnelles, raison pour laquelle cette activité pouvait être effectuée sans perte de rendement. Le Dr G\_\_\_\_\_ s'était entretenu avec l'expertisé sur l'activité dans l'audiovisuel et l'expert était donc parfaitement au courant des exigences de cette activité. L'OAI avait confirmé le 20 avril 2023 que les nouvelles pièces qui lui avaient été communiquées ne rendaient pas vraisemblable une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis la dernière décision, par laquelle une capacité de travail totale dans une activité adaptée avait été retenue.

Toute mesure d'instruction supplémentaire était donc superflue.

En ce qui concernait l'éventuel droit à une rente, l'assuré n'avancé aucun argument pour justifier la prise en compte d'un abattement. La fixation du degré d'invalidité par l'assurance-invalidité n'était, par ailleurs, pas déterminante pour l'assureur-accidents. Le salaire statistique selon les lignes 58-60 du tableau TA1 était une moyenne, pas un salaire maximal. Il était évident que l'assuré ne parviendrait pas immédiatement à obtenir le salaire maximal. En revanche, le salaire moyen était atteignable sur un marché équilibré du travail. L'assuré avait bénéficié d'une formation dans l'audiovisuel, notamment à New York, où il avait appris les bases du tournage vidéo. Il avait réalisé différentes créations graphiques et s'était occupé de l'éclairage de la photo, ainsi que de la vidéo. Auprès de son

dernier employeur, l'assuré était chargé de la saisie informatique, de la gestion des transports d'urgence et de la vente de matériel médical. Sa formation de base était un apprentissage de sérigraphe (certificat fédéral de capacité, ci-après : CFC). Ces éléments justifiaient l'application du niveau de compétences 2 de l'ESS.

Le salaire de valide (CHF 91'409.-), comparé à celui d'invalidé (CHF 86'914.-), aboutissait à un degré d'invalidité de 4.92%, insuffisant pour l'octroi d'une rente.

Enfin, l'assuré contestait le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, mais sans avancer d'argument. Il était renvoyé à ce sujet au calcul de l'expert.

- D. a.** Par acte du 23 septembre 2024, l'assuré, représenté par son avocat, a interjeté un recours contre la décision sur opposition du 21 août 2024 par-devant la chambre de céans, en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à son audition ainsi qu'à celle des Drs G\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_, à la mise en œuvre d'un complément d'expertise auprès du Dr G\_\_\_\_\_, à l'établissement d'un rapport d'évaluation auprès du Dr I\_\_\_\_\_ et d'un calcul du salaire actuel auprès de son ancien employeur, ainsi qu'à l'évaluation de son potentiel de réintégration professionnelle. Il a conclu, principalement, à l'annulation de cette décision et à la constatation que l'intimée devait lui verser une rente pour un taux d'invalidité de 50% au minimum et une indemnité pour atteinte à l'intégrité à raison de 30% au minimum, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, avec intérêts à 5%, et subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

L'intimée fixait, en suivant l'avis du Dr G\_\_\_\_\_, une capacité de travail dans l'activité habituelle entre 50 et 75%. Cette marge, trop vague et imprécise, ne permettait pas de calculer le taux d'invalidité pour une activité bureautique, sauf à retenir le taux minimum de 50%. Dans un arrêt du Tribunal fédéral 8C\_283/2022 du 16 février 2023, il avait été reconnu qu'une vitesse de travail ralentie et le besoin de pauses régulières avaient pour conséquence une réduction de la performance dont il était résulté une capacité de travail de 80% et une déduction de 10%.

L'intimée lui imposait une activité bureautique, en se référant à la formation sommaire en post-production que l'OAI lui avait payée en 2016. Aucun avis médical au dossier attestait que l'activité de post-production respecterait les limitations fonctionnelles. Le Dr G\_\_\_\_\_ ne mentionnait pas ce qu'il entendait par activité adaptée. Il énonçait certes les limitations fonctionnelles et évoquait à deux reprises une activité dans le multimédia. Or, il n'indiquait pas si une telle activité correspondrait à ce qu'il entendait par activité adaptée, et si une telle activité, exercée à 100% avec un plein rendement, respecterait les limitations fonctionnelles.

La lettre de l'OAI du 20 avril 2023 ne confirmait pas non plus que la post-production serait une activité adaptée. L'OAI avait nié une aggravation de l'état de santé, ce qui n'était pas pertinent ici. En tout état, l'avis de l'OAI n'avait

aucune force probante, dans la mesure où cette autorité n'était pas neutre et voulait éviter toute contradiction avec ses décisions antérieures. Pour rappel, l'OAI avait basé sa décision sur l'expertise du Dr C\_\_\_\_\_ qui estimait exigible toute activité bureautique. Or, par arrêt du 16 décembre 2021, la chambre de céans avait écarté cette expertise et ordonné une nouvelle expertise pour quantifier l'influence des douleurs et autres limitations sur la capacité de travail et le rendement, au motif notamment que le besoin de pauses relevé par le Dr D\_\_\_\_\_ induisait « par définition une diminution de rendement ». En tout état, s'il fallait adopter le raisonnement de l'OAI, l'intimée aurait dû retenir également un taux d'invalidité de 19%.

Quoi qu'il en soit, le recourant invoquait en faveur de sa position l'enregistrement audio de l'entretien entre lui-même et le Dr G\_\_\_\_\_, lors duquel ce dernier avait affirmé qu'une activité dans le multimédia n'était pas exigible à 100%. Cet enregistrement était édifiant, dans la mesure où il contenait de nombreux éléments qui ne figuraient pas dans le rapport d'expertise (par exemple, la découverte spontanée par l'expert lors de l'entretien que la main s'était raidie et avait changé de couleur). Le recourant invitait la chambre de céans à écouter l'enregistrement.

De plus, il ressortait de l'enregistrement sonore que l'expert lui expliquait « deux concepts », soit l'activité habituelle, donc l'activité d'avant, qui nécessitait beaucoup de saisie, et l'activité adaptée, par exemple le poste de traducteur à l'ONU ou un travail dans le domaine de la mathématique, qui nécessitait une formation complémentaire. L'expert avait déclaré qu'une activité en post-production n'était pas exigible à 100% avec un rendement complet, en raison des limitations fonctionnelles, dans la mesure où elle était « plutôt manuelle », nécessitait des « positions des mains très précises », l'utilisation du clavier et de la souris.

Le recourant avait expliqué à l'expert les difficultés qu'il avait rencontrées dans le cadre de l'adaptation professionnelle (de la part de l'OAI) qui avaient entravé le succès escompté de celle-ci, dues aux séquelles physiques de l'accident, et précisé que son stage en multimédia s'effectuait à 50%, un taux de 100% ayant été impossible à cause des raideurs et douleurs. À la suite de ces discussions, l'expert lui avait suggéré qu'il pourrait peut-être travailler en tant qu'indépendant à un taux « réduit de XX% » (« vous faites ça à X% à votre compte, vous ne devez pas forcément dépendre d'une entreprise »).

À défaut d'autres « données médicales » au dossier, il y avait lieu d'entendre l'expert et d'admettre qu'une activité dans la post-production correspondait à une activité bureautique qui n'était plus exigible à 100% ni avec un rendement complet.

L'intimée avait d'ailleurs expressément interpellé l'experte psychiatre sur l'éventuelle adéquation d'un emploi en post-production avec les limitations

fonctionnelles. Or, elle refusait de poser cette même question au Dr G\_\_\_\_\_, alors qu'une telle interpellation aurait permis de dissiper les doutes éventuels.

En tout état, la description des limitations fonctionnelles dans l'expertise était insuffisante et imprécise. Le Dr G\_\_\_\_\_ retenait des limitations fonctionnelles importantes en constatant 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. Il relevait également des douleurs au poignet lors de l'inclinaison des trois doigts du milieu. L'expert admettait aussi l'augmentation des douleurs en cours de journée qui réduisait davantage la performance dès l'après-midi. Il en déduisait un besoin accru de pauses pour des tâches manuelles mêmes légères. En outre, l'expert rappelait que les mouvements de la main droite accentuaient les douleurs (et certainement aussi les paresthésies). Cependant, l'expert ne précisait pas la durée des pauses, ni l'effet attendu des pauses sur les douleurs et raideurs (disparition complète ou pas). L'indication « pas plus qu'une à deux heures sans pause » apparaissait trop vague, car le nombre de pauses nécessaires sur une journée de huit heures pouvait varier entre le simple (toutes les deux heures) et le double (chaque heure). Le Dr G\_\_\_\_\_ n'adressait pas non plus la problématique de l'accentuation des douleurs en cours de journée qui augmentait le besoin de pauses dans l'après-midi, voire rendait nécessaire un arrêt de travail à midi ou durant l'après-midi.

Ensuite, le raisonnement du Dr G\_\_\_\_\_ sur le rendement était contradictoire. Sous ch. 7.1, il retenait « pas de sollicitation dans la durée (plus d'une à deux heures sans pause) pour des tâches manuelles même légères (saisie au clavier) » pour obtenir un rendement complet dans une activité adaptée. Or, sous ch. 7.5, il indiquait le contraire en évoquant une diminution du rendement au regard d'un « certain degré de raideur digitale (de trois doigts), par un manque d'endurance et de force ainsi que par des douleurs accentuées par les mouvements ». Certes, l'expert semblait, à juste titre, considérer que seule une diminution du rendement permettait d'aménager les pauses nécessaires et de compenser la diminution de la performance et de l'endurance par l'augmentation des douleurs, des crampes et des raideurs après quelques heures de travail. Il convenait néanmoins de lever la contradiction entre les indications respectives d'un rendement complet et d'une diminution du rendement. Si l'expert retenait effectivement et à raison une diminution de la capacité de travail et/ou du rendement, il ne répondait cependant pas à la question de la chambre de céans dans l'arrêt de renvoi du 16 décembre 2021 de quantifier la diminution du rendement.

Il était aussi inimaginable qu'une activité simple puisse être effectuée sans aucune perte de rendement, dans la mesure où l'expert rappelait qu'« effectuer une tâche manuelle simple avec une contrainte temporelle provoquait une accentuation des douleurs ». Il avait omis de relever qu'une telle accentuation des douleurs réduisait davantage le rendement pour la deuxième moitié de la journée. Par ailleurs, l'expert constatait avec raison une sursollicitation compensatoire de la

main gauche, mais omettait de mesurer son influence sur la capacité de travail / le rendement. Pendant les crampes et raideurs très douloureuses et les états de fatigue de la main droite, cette dernière devenait inutilisable durant des heures. Cette situation revenait à travailler une partie de la journée avec une seule main ou à n'utiliser qu'accessoirement la main dominante.

En tout état, une activité dans le multimédia à 100% et sans perte de rendement était irréaliste. La formation sommaire en « post-production » huit ans auparavant avait échoué (ce que l'intimée persistait à vouloir ignorer) et était manifestement trop ancienne pour être prise en considération actuellement. Ce d'autant plus qu'elle avait eu lieu avant la stabilisation de l'état de santé.

L'activité en post-production retenue par l'intimée équivalait à une activité bureautique car elle nécessitait la saisie informatique et donc un travail soutenu devant l'ordinateur, partant la manipulation répétitive d'un clavier et d'une souris. Plus concrètement, une activité dans la post-production d'un film comprenait le montage, le mixage audio, la conformation et l'étalonnage qui étaient des activités effectuées exclusivement sur ordinateur. Un employé en post-production collectait, étiquetait et organisait les données brutes, à savoir des films, en tirait des sélections, construisait des extraits pouvant être visionnés pour avoir une impression du résultat final, travaillait les images (en créant des modèles et des animations), superposait des séquences, ajustait l'éclairage, appliquait des nuances à chaque image, recréait des sons, équilibrait les niveaux audios, conditionnait et optimisait les médias pour différents formats de visualisation, *etc.* En d'autres termes, la post-production d'un film requérait de l'agilité et de l'endurance manuelle, car l'activité était répétitive et s'effectuait constamment à l'ordinateur, impliquant le clavier pour créer du texte / des sous-titres, ainsi que la souris de manière continue.

L'exigence d'une telle activité bimanuelle complexe sur ordinateur à 100% et sans perte de rendement était manifestement incompatible avec le constat de la chambre de céans du 16 décembre 2021 selon lequel l'atteinte à la main « induit par définition une diminution du rendement qui devra être quantifiée ».

À cela s'ajoutait le fait que le recourant ne disposait d'aucun CFC, *Bachelor* ou *Master* en post-production, ce qui l'empêchait d'emblée l'accès à un tel poste.

Dans ces conditions, il était impossible que le recourant puisse réaliser le salaire statistique d'invalide de CHF 6'903.- en 2016 retenu par l'intimée.

La chambre de céans devait ainsi compléter les données médicales pour déterminer la faculté du recourant de mettre en œuvre sa capacité de travail résiduelle d'un point de vue économique, soit par une interpellation du Dr G\_\_\_\_\_, soit par le recours à un spécialiste de l'intégration et de l'orientation professionnelle.

En effet, le présent litige portait principalement sur les questions suivantes : connaître les exigences réelles d'une activité « adaptée », observer et évaluer la

capacité, soit la possibilité physique du recourant d'exercer une telle activité et sa performance, et la gestion des douleurs.

S'agissant plus particulièrement des douleurs, le Dr G\_\_\_\_\_ avait recommandé une évaluation par un centre de la douleur, en rappelant qu'« effectuer une tâche manuelle simple avec une contrainte temporelle provoquait une accentuation des douleurs ». Il ressortait également de l'enregistrement sonore que le Dr G\_\_\_\_\_ lui avait affirmé quant aux « mesures pour mener à bien le présent mandat » : « [j]e n'ai pas tellement l'expérience sept ans après, voyez, je ne peux pas me baser sur ce que je sais, je ne peux pas vous dire, oui, ça marche ou non c'est exclu ». Cet aveu de l'expert révélait la complexité de la situation. Par conséquent, n'étant pas personnellement « en mesure de mener à bien son mandat », l'expert avait recommandé d'obtenir l'avis d'un médecin spécialisé dans les douleurs en expliquant qu'il était certes peu probable qu'une prise en charge antalgique puisse limiter la raideur digitale, mais qu'il était possible qu'elle permette d'atténuer les douleurs et d'améliorer l'endurance et donc d'augmenter la capacité de travail. Une telle évaluation s'imposait pour enfin traiter les questions en suspens précitées.

Par lettre du 31 janvier 2023, le recourant avait en outre demandé une consultation auprès du Dr I\_\_\_\_\_. Le 20 février 2023, le médecin-conseil de l'intimée avait ordonné un tel traitement « à but test durant trois mois, puis à rediscuter ». Le recourant avait alors entrepris un suivi régulier auprès de ce professeur. Or, à ce jour, le suivi au centre de la douleur n'avait pas été « rediscuté ». L'intimée n'avait jamais demandé au Dr I\_\_\_\_\_ d'établir un rapport. Le dossier ne contenait donc aucune évaluation par un centre de la douleur, jugée pourtant indispensable par le Dr G\_\_\_\_\_ et le médecin-conseil de l'intimée.

Malgré l'absence d'une telle évaluation, l'intimée alléguait dans sa décision litigieuse que les traitements ultérieurs « n'ont pas amélioré de manière sensible l'état de santé ». Cette affirmation ne trouvait aucune assise dans le dossier. Dans son avis du 6 novembre 2023, le médecin-conseil de l'intimée indiquait que « le patient n'est plus en traitement ». Cela laissait à penser qu'il avait oublié le suivi au centre de la douleur.

Ainsi, contrairement à ce que prétendait l'intimée, l'instruction médicale, voire le traitement médical, n'étaient pas terminés et l'intimée se trompait quand elle alléguait que l'expertise serait établie sur la base « d'investigations complètes » et des « examens complets ». L'intimée refusait toute mesure d'instruction supplémentaire en invoquant l'« appréciation anticipée des preuves » au motif que l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ emporterait « pleine valeur probante ». Or, l'expert et le médecin-conseil avaient recommandé et ordonné une instruction complémentaire par un centre de la douleur.

Le recourant sollicitait donc que la chambre de céans interpelle le Dr I \_\_\_\_\_ sur la nature et l'ampleur des douleurs, voire sur une éventuelle chronicisation des douleurs. Cette question n'avait pas du tout été évoquée dans ce dossier, alors qu'elle n'apparaissait pas d'emblée sans pertinence en termes d'endurance, de capacité de travail et de rendement.

De plus, l'intimée soutenait implicitement que les limitations fonctionnelles ne justifiaient aucun abattement. Or, les limitations énoncées par le Dr G \_\_\_\_\_ (qui devaient encore être précisées) compromettaient les perspectives salariales, de sorte qu'un abattement de 20% s'imposait.

Ainsi, le revenu d'invalidé ne pouvait en aucun cas être fixé selon les lignes 58-60 du tableau TA1, mais s'élevait à un montant de l'ordre de 40 à 50% de ce montant au maximum.

Le montant de CHF 91'409.- à titre de revenu de valide était également contesté. Durant les neuf dernières années depuis 2015, le salaire du recourant au sein de son ancien employeur aurait considérablement augmenté, certainement de 20% au minimum, pour atteindre plus de CHF 110'000.-. Le recourant sollicitait que la chambre de céans interpelle l'ancien employeur pour obtenir le revenu hypothétique qu'il aurait atteint au 1<sup>er</sup> janvier 2025. Il convenait en effet de tenir compte de la très longue durée de l'instruction du dossier qui ne lui était pas imputable. Dans ces conditions, il apparaissait insoutenable, car totalement illusoire, de vouloir calculer en 2024/2025 le droit à la rente sur la base d'un salaire atteint en 2014/2015.

En l'état, dans l'attente des résultats des compléments d'informations, le recourant contestait également le refus d'octroi de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Le raisonnement du Dr G \_\_\_\_\_ sur les limitations fonctionnelles, le rendement et la gestion des douleurs était incomplet. Il en découlait que son appréciation sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité l'était également. Dans la mesure où l'atteinte à la main était durable et causerait à l'avenir des problèmes supplémentaires d'arthrose notamment, une indemnité pour atteinte à l'intégrité apparaissait fondée et était estimée en l'état à 30%.

**b.** Par réponse du 21 novembre 2024, l'intimée a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens.

Les explications et conclusions orales de l'expert précédaient nécessairement l'analyse complète du dossier, qui était effectuée exhaustivement lors de la rédaction du rapport d'expertise, lequel contenait les conclusions définitives de l'expert. Il n'y avait ainsi pas lieu d'octroyer davantage de poids à la discussion, dont l'un des objectifs était d'instaurer un climat de confiance. Seul comptait le rapport écrit, raison pour laquelle les arguments du recourant à propos de l'enregistrement tombaient à faux.

L'intimée se demandait par ailleurs à quel moment l'expert aurait affirmé oralement qu'une activité dans le multimédia ne serait pas exigible à 100%.

L'expert et l'expertisé discutaient effectivement de différentes solutions et possibilités, mais l'expert n'avait pas prononcé cette affirmation.

Dans la mesure où le dossier comportait déjà plusieurs expertises, l'instruction médicale devait être considérée comme étant close. La dernière expertise du Dr G\_\_\_\_\_ concluait clairement que la capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée.

Le recourant se plaignait que l'intimée persiste à se référer au reclassement mis en œuvre par l'OAI huit ans plus tôt, sur la base duquel l'OAI refusait l'octroi d'une rente. Or, il n'était ni de la responsabilité ni de la faute de l'assureur social si le recourant, bien que disposant d'une capacité de travail dans une activité adaptée depuis 2018, ne mettait pas à profit ses connaissances et sa formation pour trouver une activité lucrative.

Pour le surplus, l'intimée renvoyait à la motivation de la décision litigieuse.

**c.** Le 2 décembre 2024, le recourant a versé au dossier la clé USB contenant l'enregistrement complet de l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_.

**d.** Par réplique du 3 décembre 2024, le recourant a persisté dans ses explications et conclusions.

**e.** Par courrier du 15 janvier 2025, la chambre de céans a informé les parties avoir écouté l'enregistrement réalisé lors de l'expertise précitée. Elle a imparti un délai à l'intimée pour se déterminer sur le fait qu'aucun rapport du Dr I\_\_\_\_\_ ne figurait dans le dossier et transmette un éventuel rapport dudit médecin ou d'un autre médecin, dans le cadre d'une consultation de la douleur, en attirant l'attention des parties sur le fait que cette demande de production de pièces visait à s'assurer de l'exhaustivité des pièces transmises.

**f.** Par pli du 28 janvier 2025, l'intimée a fait savoir à la chambre de céans qu'elle n'avait pas de rapport du Dr I\_\_\_\_\_ ou d'un centre de la douleur. La facturation montrait qu'elle n'avait jamais pris en charge une facture de ce médecin. L'unique élément qui lui permettait de savoir que le recourant avait consulté ce spécialiste était une facture d'acupuncture de l'Hôpital de la Tour pour un traitement du 4 au 27 avril 2024 prescrit par ce médecin. Le recourant avait été informé par courrier du 22 février 2023 que le médecin-conseil donnait son accord pour un suivi de trois mois, renouvelable sur la base d'un rapport du spécialiste, auprès de la clinique de la douleur de cet hôpital. Toutefois, l'intimée n'avait reçu ni rapport médical ni facture de consultation.

**g.** Le 6 février 2025, le recourant a produit une liste avec les dates de huit rendez-vous auprès du Dr I\_\_\_\_\_ de janvier à juillet 2023, en expliquant qu'ils avaient été pris sur recommandation du Dr G\_\_\_\_\_ et avec l'approbation du médecin-conseil de l'intimée. Les séances d'acupuncture, prescrites par le Dr I\_\_\_\_\_, avaient eu lieu auprès du docteur J\_\_\_\_\_. Dans son opposition du 7 décembre

2023, il avait déjà demandé à l'intimée d'évaluer ces suivis. Or, elle n'avait pas réagi.

**h.** Le 5 juin 2025, la chambre de céans a tenu une audience de comparution personnelle des parties, à l'issue de laquelle elle a accordé un délai à l'intimée pour qu'elle se positionne sur des activités adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant dans l'audiovisuel ou dans un autre domaine, sur le revenu de telles activités, ainsi que sur la demande du recourant tendant à ce que le dernier salaire qu'il percevait dans son activité habituelle soit réadapté afin de pouvoir faire une comparaison des revenus.

**i.** Le 12 juin 2025, l'intimée a produit le projet de décision de l'OAI du 13 mai 2019, la décision de cette autorité du 11 juillet 2019 rejetant la demande de prestations du 25 janvier 2016, et une note interne de l'OAI du 15 avril 2019 sur la détermination du degré d'invalidité du recourant.

**j.** Le 11 juillet 2025, le recourant a versé au dossier la copie de la nouvelle demande de prestations qu'il avait déposée auprès de l'OAI le 7 juillet 2025, ainsi que la lettre d'accompagnement à cette autorité du 15 juin 2025, l'invitant à entrer en matière sur sa demande.

**k.** Par écriture du 6 août 2025, l'intimée a énuméré les activités qu'elle considérait adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant dans l'audiovisuel ou dans un autre domaine, à savoir les métiers manuels avec potentiel d'adaptation mono-manuelle (téléopérateur / téléconseiller, standardiste / assistant virtuel, archiviste / bibliothécaire, agent d'accueil, caissier automatique / agent de caisse) ; les métiers numériques accessibles mono-manuels (rédacteur *web* / blogueur / journaliste, développeur / programmeur, graphiste numérique / designer, *community manager*, testeur de logiciels) ; les métiers créatifs ou artisanaux (illustrateur / peintre / calligraphe, photographe, musicien, bijoutier / maquettiste) ; ou les métiers liés à l'enseignement / accompagnement (formateur en ligne, *coach* / thérapeute / conseiller, correcteur / relecteur).

Elle a indiqué que nombre de ces activités se retrouvait dans l'ESS aux branches NOGA (nomenclature générale des activités économiques) 58-63 « information et communication », ainsi que 64-66 « activités financières et d'assurances », notamment formateur, développeur, illustrateur, téléopérateur, téléconseiller, standardiste, assistant virtuel, *etc.* Elle a précisé que, au moment de la décision, seule l'édition 2016 du tableau TA1 existait, raison pour laquelle en procédure judiciaire l'édition 2016 devrait être utilisée.

Pour la branche 58-63 (niveau de compétences 2), les hommes pouvaient prétendre à un salaire annuel de CHF 79'482.60 (salaire mensuel de CHF 6'462.- pour 40 heures par semaine adapté à l'horaire usuel de la semaine dans la branche économique concernée, soit 41 heures).

Pour la branche 64-66 (niveau de compétences 2), les hommes pouvaient prétendre à un salaire annuel de CHF 103'160.70 (salaire mensuel de CHF 8'286.-

pour 40 heures par semaine adapté à l'horaire usuel de la semaine dans la branche économique concernée, soit 41.5 heures).

Par ailleurs, selon le *Salarium* suisse, le salaire médian mensuel dans le métier d'agent de *call center* était de CHF 6'340.- (salaire annuel de CHF 76'080.-) dans la branche 61 « télécommunication », le salaire médian mensuel était de CHF 8'914.- (CHF 106'968.- par an) dans la branche 64 « activité des services financiers, hors assurances et caisse de retraite », et de CHF 7'317.- (CHF 87'804.- par an) dans la branche 59 « production de films, de vidéo et de programme télévisuel ».

Les activités dans la branche 64-66, comme agent de *call center*, téléconseiller, téléopérateur, courtier / intermédiaire ou dans la branche 59 comme développeur *web* étaient entièrement adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant.

L'intimée a annexé le courriel de l'ancien employeur du 11 juillet 2025 faisant état de l'historique des augmentations de salaire annuelles qui avaient été pratiquées dans la société en Suisse de juin 2016 à juin 2025. L'ancien employeur mentionnait qu'il était difficile de répondre à la question de l'intimée (figurant dans un courriel du 9 juillet 2025) de savoir de quelle manière le salaire du recourant aurait évolué sans la survenance de l'accident du 25 juillet 2015 et si celui-ci serait resté dans l'entreprise jusqu'à ce jour, étant donné les évolutions et réorganisations qu'avait subies l'entreprise ces dernières années.

I. Par écriture du 18 août 2025, le recourant s'est déterminé sur celle de l'intimée du 6 août écoulé. Cette dernière énumérait des métiers ouverts aux mono-manuels. Elle reconnaissait enfin la gravité des atteintes dont il souffrait. Cependant, les activités mentionnées étaient incompatibles avec ses limitations ou nécessitaient une réadaptation / un reclassement – hors LAA – voire un apprentissage de longues années. De plus, elle persistait à mentionner l'audiovisuel à 100% alors qu'une telle activité, administrative, n'était plus exigible. Dans ce contexte, l'évocation des métiers de musicien (piano et batterie), bijoutier ou bibliothécaire mono-manuel laissait songeur. Les activités proposées ne pouvaient pas être retenues.

Si l'on devait retenir une activité mono-manuelle, respectivement exiger l'utilisation d'outils adaptés, l'activité devait rester simple, avec un niveau de compétences 1. Le fait que chaque mobilisation des doigts provoquait rapidement des douleurs et l'effet rémanent de celles-ci diminuaient fortement le taux d'activité et le rendement et justifiaient un abattement de 25%, car cette situation le défavorisait dans les recherches d'emploi comparé à un employé en bonne santé.

Enfin, le courriel de son ancien employeur rendait plausible son estimation d'un salaire valide de CHF 110'000.- au minimum. On devait raisonnablement admettre qu'il se serait formé davantage et gagnerait actuellement plus que ce montant.

**m.** Par écriture du 29 septembre 2025, l'intimée a reconnu avoir énuméré dans sa précédente écriture des métiers mono-manuels en se basant sur l'adage « qui peut le plus peut le moins ». Le recourant n'était pas manchot, il pouvait utiliser ses deux mains. Il lui était donc possible d'effectuer au moins des tâches mono-manuelles. Toutes les activités énumérées étaient des exemples afin d'être aussi exhaustif que possible. Ces emplois ne nécessitaient pas de formation supplémentaire autre que celle dont avait déjà bénéficié le recourant. Ainsi, le salaire avec invalidité était suffisant pour qu'aucune rente ne soit versée.

S'agissant du salaire auprès de l'ancien employeur, il s'agissait des augmentations maximales, les augmentations individuelles dépendaient des supérieurs hiérarchiques lesquelles n'étaient pas démontrables dans le cas présent. L'intimée a joint à cet effet un courriel de l'ancien employeur du 25 septembre 2025.

Lors de l'accident, le salaire annuel du recourant pour l'année 2015 était de CHF 72'026.70 pour un taux d'activité de 80%, soit un revenu annuel de CHF 90'033.40 pour un plein temps. Si l'on devait tenir compte des augmentations maximales de l'ancien employeur, le revenu de valide serait en 2018 (année de la stabilisation) de CHF 94'796.27 pour un 100%. Il était toutefois de CHF 91'409.- selon l'indice des salaires nominaux 2010-2020. L'accident avait eu lieu en juillet 2015 et le droit à la rente, respectivement son refus, était né en 2018. Partant, une adaptation au salaire actuel, même à celui de 2018, n'avait pas lieu d'être. Par conséquent, c'était bel et bien le salaire de valide de CHF 90'033.40 pour une activité de 100% qui devait être retenu. Dans tous les cas de figure, il convenait de tenir compte de la seule augmentation selon l'indice des salaires nominaux, pour autant qu'elle fût applicable en l'espèce.

**n.** Le 30 septembre 2025, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.

**o.** Les autres faits seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

## **EN DROIT**

### **1.**

**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.

**1.2** À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGGA 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 LPGGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10).

**1.3** Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGGA) et le délai de 30 jours (art. 60 LPGGA ; 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 LPGGA), le recours est recevable.

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

3.

**3.1** Le 1<sup>er</sup> 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.

**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 LPGGA) 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).

**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).

**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).

**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).

**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).

**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'invalidé 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<sup>e</sup> 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).

**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<sup>re</sup> 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](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'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).

**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).

#### 4.

**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.

**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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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 ( $\text{CHF } 90'033.375 \times 2279 / 2226$ ) 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 intimé 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'invalidité 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 ( $[\text{CHF } 5'649 \times 12]$

× 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 (CHF 70'668.99 × 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<sup>er</sup> janvier 2019.

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

**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).

**4.3.2** En l'occurrence, le droit à la rente d'invalidité en tant que tel est né le 1<sup>er</sup> janvier 2019, comme relevé précédemment. Le recourant peut donc prétendre à un intérêt moratoire de 5% l'an dès le 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2021, jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné.

**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.

**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.

- 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<sup>er</sup> janvier 2019, avec intérêts moratoires de 5% dès le 1<sup>er</sup> 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<sup>bis</sup> LPGA *a contrario*).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision sur opposition du 21 août 2024, en ce sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 23% à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019, avec intérêts moratoires de 5% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2021 jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné.
4. Alloue au recourant une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens, à la charge de l'intimée.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Véronique SERAIN

Philippe KNUPFER

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