

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3865/2024

ATAS/1000/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 décembre 2025

Chambre 6

En la cause

A_____

recourant

représenté par Me Fanny ROULET, avocate

contre

ALLIANZ SUISSE SOCIÉTÉ D'ASSURANCE SA

intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Teresa SOARES et Yves MABILLARD, juges assesseurs.

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1979, exploite, selon le registre du commerce, un cabinet dentaire sous la forme d'une entreprise individuelle depuis le 29 novembre 2011 et y exerce en qualité de dentiste indépendant.
- b.** À ce titre, il est assuré à titre facultatif contre les accidents professionnels et non professionnels par ALLIANZ SUISSE SOCIÉTÉ D'ASSURANCES SA (ci-après : l'assureur).
- B.** **a.** À teneur de la déclaration d'accident du 5 novembre 2020, l'assuré a été percuté à cette même date par une voiture et emmené en urgence à la clinique des Grangettes par la conductrice l'ayant renversé. L'un des doigts de l'assuré avait été profondément sectionné.
- b.** L'assuré a été opéré le jour-même par le docteur B_____, spécialiste en chirurgie de la main et en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique. Selon le protocole opératoire rédigé par ce dernier, l'assuré avait été victime d'un accident de la circulation au cours duquel son index droit avait heurté une portière de voiture alors qu'il circulait à vélo. Ses deux phalanges n'étaient plus maintenues que par un pont palmaire incluant les tendons fléchisseurs et les deux pédicules. Un éclatement de la deuxième phalange était observé. L'intervention a consisté en une révision de la plaie, une suture de l'appareil extenseur et une ostéosynthèse de « P2 - D2 droit ».
- c.** Le 9 novembre 2020, le Dr B_____ a attesté que l'assuré se trouvait en incapacité totale de travail depuis son accident.
- d.** L'assureur a pris le cas en charge et a versé des indemnités journalières à l'assuré à compter du 8 novembre 2020.
- e.** À teneur du certificat médical initial établi par la docteure C_____, spécialiste en médecine interne, en date du 27 novembre 2020, l'assuré s'était coincé l'articulation interphalangienne distale (ci-après : IPD) de l'index droit dans une portière de voiture. Une plaie profonde avec fracture ouverte polyfragmentaire de la deuxième phalange de l'index droit (P2 - D2) avait été constatée.
- f.** D'après la lettre de sortie du Dr B_____ du 7 décembre 2020, l'assuré avait été hospitalisé jusqu'au 6 novembre précédent en raison d'une fracture ouverte complexe de la deuxième phalange de l'index droit. Les suites opératoires étaient favorables. Il était recommandé à l'assuré d'éviter une charge importante pour une durée de six à huit semaines environ.
- g.** Le 21 décembre 2020, l'assuré a rempli un questionnaire relatif au déroulement de l'accident, en précisant qu'il circulait à trottinette électrique lorsqu'un enfant avait ouvert la portière arrière gauche d'un véhicule arrêté sur la chaussée, dont il avait percuté l'arête. L'assuré précisait que depuis le 1^{er} décembre 2020, il avait

pu reprendre le travail à 10%, mais uniquement pour s'occuper de tâches administratives. Cette dernière information était confirmée par le certificat médical établi par le Dr B_____ en date du 17 décembre 2020.

h. Le 8 février 2021, le Dr B_____, déférant à une demande de l'assureur, lui a transmis un rapport médical intermédiaire dans lequel il retenait, au titre de diagnostic, une sub-amputation de la troisième phalange de l'index droit avec une fracture complexe de la deuxième phalange. L'évolution était lentement favorable et une ébauche de mobilité active de l'IPD, avec une ébauche d'extension active, permettait de constater la persistance d'un appareil extenseur au niveau de l'IPD. L'assuré suivait des séances d'ergothérapie de rééducation et avait repris le travail à 30% dès le 20 janvier 2021. Selon le Dr B_____, une limitation de la flexion-extension active de l'IPD de l'index droit et une hypoesthésie allaient persister, tout comme une dysesthésie du bord radial de la troisième phalange.

i. La capacité de travail du recourant s'est élevée à 50% à compter du 1^{er} février 2021.

j. En date du 8 juin 2021, le docteur D_____, spécialiste en chirurgie de la main, a transmis à l'assureur un rapport médical mentionnant que l'assuré avait présenté une fracture ouverte de la phalange moyenne de l'index droit, qui avait été opérée au moyen de broches. Sept mois après l'accident, l'assuré se plaignait de douleurs à l'appui provoquant une hyperextension de l'interphalangienne distale. La gêne fonctionnelle qu'il rencontrait diminuait sa vitesse de travail, entraînant une baisse de rendement. L'interphalangienne distale était encore tuméfiée et l'assuré présentait une légère atrophie de la pulpe de l'index. Bien que l'assuré eût progressivement repris son activité professionnelle de dentiste, son handicap allait partiellement persister. Une capacité de travail entière pouvait être retenue dès le 14 juin 2021, avec une diminution de rendement de 30%, et il n'existait pas de proposition thérapeutique depuis lors.

k. Le 5 octobre 2021, l'assuré a, par l'intermédiaire de son conseil, informé l'assureur de l'annulation du rendez-vous prévu avec le Dr D_____ une année après l'accident, compte tenu de l'absence de toute évolution depuis le mois de juin. Au vu des séquelles retenues par le Dr D_____, l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI), voire de prestations à long terme au titre de la perte de rendement, devaient être examinées par l'assureur.

l. Par courriel du 7 octobre 2021, l'assureur a indiqué à l'assuré qu'il serait judicieux qu'il consulte le Dr D_____ en vue de la détermination d'un éventuel droit à une IPAI.

m. Le même jour, l'assureur a demandé à son médecin-conseil, le docteur E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, de se prononcer sur le droit de l'assuré à une éventuelle IPAI.

n. Par courriel du 8 octobre 2021, le Dr E_____ s'est référé à la table n° 3 pour atteinte à l'intégrité résultant de la perte d'un ou de plusieurs segments des

membres supérieurs de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA), à teneur de laquelle le taux d'IPAI retenu pour une amputation à travers la deuxième phalange était de 5%. Malgré la raideur et l'hyposensibilité de la deuxième phalange de l'index droit de l'assuré, son cas était moins grave qu'une amputation à ce niveau, de sorte que le taux d'IPAI n'atteignait pas le minimum indemnisable de 5%.

o. L'assureur a transmis la détermination du Dr E_____ à l'assuré par courriel du 18 octobre 2021.

p. Le 30 novembre 2021, le Dr D_____ a transmis un rapport médical à l'assureur, en indiquant que l'assuré ressentait toujours une gêne pouvant s'avérer pénible pour certaines activités chirurgicales, laquelle prenait la forme d'un manque de précision et d'endurance. Il éprouvait quelques paresthésies sur la pulpe de l'index droit et une très forte sensibilité au froid. Le Dr D_____ constatait plutôt une aggravation qu'une amélioration, mais la situation était plus ou moins stationnaire. Dans la mesure où l'assuré avait présenté une fracture articulaire, il risquait de développer une arthrose précoce, de sorte que sa situation était susceptible de s'aggraver avec le temps. Une perte d'agilité et d'endurance persistait s'agissant de ce doigt dans l'activité de chirurgien-dentiste. Le patient pouvait exercer son activité à plein temps, avec une diminution de rendement de 30%.

q. Au vu du contenu du nouveau rapport du Dr D_____, l'assureur a soumis une nouvelle fois le cas à l'appréciation du Dr E_____, qui a indiqué, dans son courriel du 7 décembre 2021, que l'arthrose des doigts n'ouvrait pas le droit à une IPAI selon la table d'indemnisation n° 5 de la SUVA pour atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses.

L'appréciation du Dr E_____ a été transmise à l'assuré.

r. Par courriel du 23 décembre 2021, l'assuré a informé l'assureur qu'il ne pouvait pas se rallier à l'opinion de son médecin-conseil. En effet, compte tenu de la raideur et de l'hyposensibilité de son doigt, il ne pouvait pas en faire un usage agile et sans douleurs, de sorte qu'il compensait en utilisant ses autres doigts. Cela équivalait, dans les faits, à une amputation. L'assuré se référait en outre au contenu du rapport du Dr D_____ du 30 novembre 2021 pour inviter l'assureur à revoir sa position et à lui allouer une IPAI d'au moins 5%, en soulignant qu'il convenait de tenir compte, dans la fixation de l'IPAI des atteintes prévisibles et quantifiables.

s. Le 7 janvier 2022, le Dr E_____ a rédigé, à la demande de l'assureur, une appréciation médicale relative à la détermination du droit de l'assuré à une IPAI, en rappelant que son cas était moins grave que celui d'une amputation et en précisant qu'en l'absence de lésion sur les autres doigts, un taux d'IPAI de 5% ne pouvait pas être retenu, même par compensation. Pour le surplus, le

Dr E_____ a repris en substance le contenu de ses appréciations des 8 octobre et 7 décembre 2021.

t. L'assureur a transmis ce rapport médical par courriel du 13 janvier 2022 à l'assuré.

u. Par courrier du 5 septembre 2022, l'assuré, sous la plume de son conseil, a sollicité de l'assureur qu'il statue définitivement sur le dossier de l'assuré compte tenu de la stabilisation de son état de santé.

C. a. Par courrier du 13 octobre 2022, l'assureur a informé l'assuré qu'il était nécessaire de mettre en œuvre une expertise médicale orthopédique en vue de déterminer son droit aux prestations d'assurance. Trois noms d'experts étaient proposés à l'assuré et un questionnaire à l'attention du futur expert était annexé à cette correspondance.

b. Le 20 octobre 2022, l'assuré a indiqué à l'assureur qu'il choisissait en tant qu'expert le docteur F_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et a soumis une liste de questions complémentaires à l'assureur, qui les a intégrées au questionnaire à l'attention de l'expert.

c. Dans son rapport d'expertise du 12 février 2023, le Dr F_____ a constaté que l'enroulement était complet pour tous les doigts, excepté l'index droit où il manquait deux centimètres, que l'articulation interphalangienne distale fût en flexion ou en extension. La mobilité de ce doigt était limitée. Le Dr F_____ a retenu les diagnostics de « sub-amputation P3-D2 à droite », celui de « raideur IPD D2 droite », de « révision de plaie, régularisation moignon distal suture de l'extenseur de D2 et embrochage avec arthrorise temporaire IPD D », ainsi qu'une hyperlaxité morphologique.

Les plaintes de l'assuré étaient liées à son activité professionnelle et consistaient en des douleurs sourdes en fin de journée si celle-ci était lourde, en une intolérance au froid au niveau de l'index et en une incapacité à faire certains gestes fins difficiles, avec des instruments particuliers, étant précisé que l'assuré n'avait pas la capacité d'adapter son savoir-faire. La symptomatologie était cohérente avec les constatations objectives observées.

Selon le Dr F_____, l'état de l'assuré était stabilisé depuis le 30 novembre 2021, date à laquelle le Dr D_____ avait constaté que la consolidation était acquise. En raison des limitations dans l'accomplissement de certains gestes fins liés à sa profession, d'une adresse ralentie et d'une fatigabilité manuelle, il persistait de manière définitive une diminution de rendement de 30% dans une activité qu'il pouvait réaliser à plein temps. Sa capacité de travail était ainsi de 85%. Une activité sans chirurgie dans le cadre d'une activité de chirurgien-dentiste pouvait être exigible sans limitation de la capacité de travail, laquelle consisterait en une activité purement « diagnostic et administrative ».

L'IPAI était estimée à un taux qui n'était pas indemnisable, inférieur à celui de 5%.

Le Dr F_____ a enfin indiqué qu'il était probable qu'à moyen terme, l'adresse et l'agilité manuelle de l'assuré s'altérassent en raison d'un enraidissement douloureux plus prononcé dû au développement de l'arthrose de cette articulation distale, laquelle entraînerait une baisse de rendement discret sur les activités en lien avec la chirurgie dentaire, en particulier les mouvements fins demandant une certaine force digito-pulpaire.

d. À la demande de l'assureur, l'assuré lui a communiqué, par courrier du 11 septembre 2023, ses relevés comptables depuis 2013, en précisant qu'il avait subi une importante baisse de son chiffre d'affaires à la suite de son accident, alors que son activité était en constante progression. En vue de limiter son sinistre, il avait accepté d'intervenir, de manière provisoire, en qualité d'expert. Cette activité n'était toutefois pas durable, de sorte qu'à son terme, son chiffre d'affaires demeurerait fortement affecté par la perte de rendement qu'il subissait. Il convenait ainsi de lui octroyer une rente d'invalidité à concurrence de 15% de son bénéfice moyen des années précédant l'accident.

L'assuré a annexé à sa correspondance une attestation établie en date du 22 août 2023 par la société G_____SA, mentionnant que le chiffre d'affaires de l'assuré était constant depuis 2014, avec une faible variation jusqu'en 2019. Le bénéfice d'exploitation fluctuait également de façon marginale. En 2020, une diminution du chiffre d'affaires et une baisse de plus de 50% du bénéfice commercial étaient constatées, lesquelles étaient directement liées à l'accident de l'assuré. En 2021, la diminution de l'activité ordinaire était compensée par le chiffre d'affaires provenant des missions d'expertises, étant précisé que cette activité restait ponctuelle et ne pouvait pas être considérée comme étant récurrente.

e. Par courrier du 31 janvier 2024, l'assureur a informé l'assuré de la décision qu'il entendait rendre.

Selon lui, l'état de santé de l'assuré était stabilisé depuis le 1^{er} décembre 2021, de sorte qu'il mettait un terme aux prestations de courte durée à cette date.

S'agissant du taux d'invalidité de l'assuré, l'assureur a relevé que dans la mesure où l'accident avait eu lieu en 2020, année du COVID-19, le revenu déclaré de CHF 134'200.- pour cette année-là n'était pas représentatif des années de travail précédentes. Il convenait plutôt de se fonder sur la moyenne des années 2017 à 2019 pour déterminer le gain de valide, lequel s'élevait à CHF 168'000.-. Compte tenu de l'évolution salariale, ce montant ascendait à CHF 169'005.30 en 2021. Concernant le revenu d'invalidité de l'assuré, l'assureur observait qu'à teneur des inscriptions figurant sur son extrait de CI, celui-ci s'élevait à CHF 195'600.- en 2021. Le taux d'invalidité était ainsi négatif, de sorte que l'assuré n'avait pas droit à une rente.

Se fondant sur les conclusions de l'expert, l'assureur a également dénié à l'assuré le droit à une IPAI.

f. En date du 4 mars 2024, l'assureur a rendu une décision correspondant en tous points au projet qui avait été notifié à l'assuré en date du 31 janvier précédent.

g. Le même jour, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a formé opposition à l'encontre du courrier de l'assureur du 31 janvier 2024, en soulignant que les bénéficiaires qu'il avait réalisés depuis la reprise du cabinet en 2011 avaient constamment augmenté, si bien qu'il convenait de retenir que tel aurait continué à être le cas après l'accident. Une augmentation théorique de 4% pour deux années post-COVID-19 pouvait être retenue, puis d'environ 2% jusqu'à une stabilisation quelques années plus tard. Le dernier revenu réalisé par l'assuré avant le COVID-19 s'élevait à CHF 179'213.75, de sorte qu'en tenant compte d'une augmentation moyenne de son bénéfice de 4% en 2022 et en 2023, un revenu valide d'environ CHF 193'837.60 pouvait être retenu en 2023, année précédant l'ouverture du droit à la rente.

S'agissant du revenu d'invalidité, les bénéficiaires retirés par le recourant de ses missions d'expertises n'avaient pas vocation à être durables, étant rappelé qu'il n'était pas expert. L'État de Genève ne lui avait demandé de réaliser des expertises que de façon provisoire, dès lors que le projet était de confier cette tâche aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Il convenait ainsi d'exclure les revenus liés aux expertises du calcul de son revenu d'invalidité, de sorte que celui-ci s'élevait, en 2021, à CHF 134'620.50. L'assuré subissait ainsi une perte de revenu de CHF 59'217.10, à savoir 31%, étant précisé que ce taux était fondé sur le revenu d'invalidité de 2021, alors qu'il convenait de prendre en considération celui de 2022, lequel ne s'élevait qu'à CHF 84'765.75 hors expertises. L'assuré avait ainsi droit à une rente d'invalidité de 31%.

À l'appui de son opposition, l'assuré a produit un courrier qu'il avait adressé au service des prestations complémentaires (ci-après : SPC) en date du 3 février 2021, en soulignant qu'il était très content de s'occuper des expertises, activité qui lui permettait d'apporter son aide et ses compétences à une cause sociale. L'assuré confirmait au SPC avoir bien compris qu'il avait pour projet de confier la gestion complète des dossiers d'expertises aux HUG, mais qu'il restait à leur disposition pour assurer la transition si ce transfert devait être reporté ou s'il intervenait de façon échelonnée. L'assuré précisait avoir subi un accident en raison duquel il n'était plus certain de pouvoir avoir la même activité qu'avant, en indiquant qu'il s'était attaché à cette nouvelle activité, qu'il serait heureux de continuer. Il sollicitait ainsi du SPC la transmission de ses coordonnées à la nouvelle personne en charge des expertises.

h. Par courrier du 28 mars 2024, l'assuré a précisé à l'assureur qu'il avait traité son courrier du 31 janvier 2024 comme une décision, raison pour laquelle il lui

avait adressé une opposition en date du 4 mars 2024, laquelle valait opposition à la décision datée du même jour.

i. Le 26 septembre 2024, l'assuré a transmis à l'assureur, en complément de son opposition, un courrier du SPC attestant que ses missions d'expertises relatives aux devis dentaires avaient pris fin au 1^{er} juin 2024, sous réserve des demandes d'expertises qui lui avaient été transmises avant cette date et pour lesquelles le SPC attendait un retour de sa part.

j. Par décision du 18 octobre 2024, l'assureur a rejeté l'opposition formée par l'assuré en relevant que son bénéficiaire n'était pas en constante augmentation depuis 2011. Ses revenus avaient également diminué selon les années, de sorte que la projection d'une augmentation moyenne de 4% pour les années 2021, 2022 et suivantes était incertaine. Partant, l'assureur avait correctement déterminé son revenu de valide. Concernant le revenu d'invalidité, l'assuré avait réalisé des expertises dans un cadre stable, ce qui lui avait permis d'exploiter pleinement sa capacité de travail résiduelle, même si cette activité était sur le point de prendre fin. L'assuré disposait d'une compétence qu'il pouvait mettre à disposition pour ce genre de tâches, de sorte qu'il ne se justifiait pas d'exclure les revenus liés aux expertises du calcul du revenu d'invalidité, lesquels représentaient la situation professionnelle concrète et raisonnablement exigible de l'assuré pendant la période considérée et postérieure. Enfin, même en retenant un revenu d'invalidité moyen entre les années 2021 et 2022, respectivement en comparant les revenus de valide et d'invalidité de 2022, le taux d'invalidité demeurait inférieur à 10%.

D. a. Par acte du 20 novembre 2024, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition du 18 octobre 2024 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), en concluant, sous suite de dépens, préalablement, à son audition, et, principalement, à l'annulation de la décision querellée et à ce que l'intimée soit condamnée à lui verser une rente d'invalidité de 30%.

Le recourant a fait grief à l'intimée d'avoir retenu un revenu de valide trop faible et un revenu d'invalidité trop élevé.

S'agissant du revenu de valide, l'intimée avait refusé à tort de considérer que celui-ci aurait continué d'augmenter au seul motif qu'une diminution du bénéfice était intervenue en 2019, laquelle était du reste expliquée par un arrêt de travail exceptionnel du recourant en raison de la naissance de son second enfant. Les documents produits par le recourant démontraient que son chiffre d'affaires n'avait cessé d'augmenter entre 2014 et 2019. Seules deux baisses ponctuelles pouvaient être relevées, lesquelles étaient inférieures à 2%, de sorte qu'elles étaient dérisoires. Les bénéfices du recourant avaient quant à eux augmenté d'environ 15% durant les premières années, puis de 5% les années suivantes, à l'exception de 2019. L'intimée avait ainsi retenu à tort que son revenu de valide

aurait diminué en 2020 et en 2021 et qu'il serait inférieur aux revenus réalisés en 2017 et 2018.

Concernant le revenu d'invalidé, l'intimée avait pris en compte de façon erronée les revenus issus des expertises réalisées par le recourant. Il était en effet établi que les missions d'expertises ne lui avaient été confiées par le SPC que de façon provisoire et qu'elles étaient désormais du ressort des HUG, de sorte qu'il ne pouvait être retenu que le recourant aurait pu maintenir une activité d'expertise aussi rémunératrice de manière indéterminée. Le recourant sollicitait ainsi que son revenu d'invalidé soit arrêté à CHF 134'620.50 pour l'année 2021. En outre, il n'était pas exigible qu'il exerçât exclusivement une activité administrative, même si celle-lui lui permettrait d'exercer une activité à plein temps avec un plein rendement, dès lors qu'elle serait moins rémunératrice. Une activité administrative complémentaire n'était pas non plus exigible, dès lors que pour obtenir un rendement de 85% dans son activité habituelle, le recourant devait travailler à plein temps.

b. Dans sa réponse du 20 janvier 2025, l'intimée a conclu au rejet du recours, en soulignant, s'agissant du revenu de valide, qu'elle l'avait déterminé en calculant la moyenne des revenus de 2017 à 2019 pour avantager le recourant. En effet, le revenu déclaré en 2020, plus faible, n'était pas représentatif dès lors qu'il s'agissait de l'année marquée par le COVID-19. Ses revenus antérieurs à l'année 2017 étaient également inférieurs. L'année 2019 n'avait pas non plus été retenue à titre exclusif dans la mesure où il ne s'agissait pas de l'année au cours de laquelle le recourant avait réalisé son revenu le plus élevé. L'argument du recourant selon lequel ses revenus auraient constamment augmenté depuis 2011 n'était pas étayé par les faits. Une augmentation moyenne du revenu de 4% par an dans le futur était ainsi incertaine. En ce qui concerne le revenu d'invalidé, l'intimée avait retenu à raison le revenu réalisé par le recourant en tant qu'expert, dès lors qu'elle devait tenir compte de sa situation professionnelle concrète et du revenu qu'il avait effectivement réalisé après son atteinte à la santé. Bien que cette activité fût terminée, elle avait été réalisée dans un environnement stable ayant permis au recourant d'exploiter pleinement sa capacité de travail résiduelle. Les gains ainsi réalisés devaient être pris en compte en tant qu'ils démontraient la capacité du recourant à générer un revenu malgré les limitations résultant de l'accident. La réalisation de ces expertises permettait ainsi de déterminer ce que le recourant pouvait gagner dans un contexte de travail adapté à ses limitations actuelles.

c. Par réplique du 14 février 2025, le recourant a persisté dans ses conclusions, en produisant notamment des statistiques établies par l'Office fédéral de la statistique en lien avec les revenus des médecins indépendants dans les cabinets médicaux en 2019. Se référant à ces dernières, le recourant indiquait qu'un dentiste chirurgien percevait en moyenne un revenu de CHF 318'656.-, de sorte qu'il aurait pu prétendre à une augmentation de son revenu bien plus importante que celle qu'il alléguait. En outre, les expertises réalisées par le recourant ne

reposaient pas sur des rapports de travail stable, étant précisé qu'il était extrêmement difficile de trouver d'autres opportunités de même nature. Le recourant a également produit une attestation établie le 12 février 2025 par H_____, psychologue et psychothérapeute FSP, mentionnant que le recourant avait repris ses consultations auprès d'elle en raison de l'anxiété liée à sa baisse d'activité professionnelle et entraînant une potentielle perte financière.

d. L'intimée a dupliqué en date du 11 mars 2025, en soulignant que les statistiques produites par le recourant mentionnaient que le revenu de CHF 318'656 concernait la catégorie de « médecin spécialisé avec activité chirurgicale », si bien qu'elle incluait de nombreuses spécialités chirurgicales, trop nombreuses pour que ce chiffre pût servir de référence dans la détermination du revenu de valide du recourant.

L'intimée soulignait encore que le recourant pouvait diviser son temps de travail entre son activité habituelle de dentiste et l'activité de remplacement retenue par le Dr F_____, le recourant ayant d'ailleurs déjà effectué ces deux activités simultanément.

e. Par courrier du 26 mars 2025, la chambre de céans a sollicité du recourant qu'il lui transmette son extrait de compte individuel (CI), ainsi que les avis de taxation de l'administration fiscale cantonale genevoise (ci-après : AFC) et ses bilans comptables depuis 2011.

f. En date du 12 mai 2025, le recourant a communiqué à la chambre de céans son extrait de CI pour les années 2011 à 2024, les avis de taxation de l'AFC pour les années 2014 à 2021, ainsi qu'un courriel du 29 avril 2025 de la fiduciaire du recourant expliquant certaines différences entre les bilans comptables initialement fournis et les avis de taxation fiscale.

Le recourant a par ailleurs informé la chambre de céans qu'il constatait une diminution constante de sa capacité de travail depuis plusieurs mois, notamment en raison d'une fatigue accrue, liée à ses douleurs chroniques. Il réitérait sa demande d'audition afin de pouvoir notamment expliquer en détail son quotidien professionnel et l'impact de sa blessure sur son activité.

g. Par courrier du 12 juin 2025, le recourant a transmis à la chambre de céans une attestation du 20 mai 2025 d'H_____, indiquant que le recourant avait repris ses consultations psychologiques au mois de février 2025. Depuis la reprise de son suivi, le recourant exprimait une certaine fatigabilité, des troubles du sommeil, de la tristesse, de l'impulsivité, des tensions persistantes, une grande anxiété liée à sa baisse d'activité professionnelle entraînant une potentielle perte financière, ainsi que des craintes pour son avenir en général.

Le recourant a également communiqué à la chambre de céans un rapport du 9 juin 2025 du docteur I_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à teneur duquel le recourant présentait, depuis le mois de septembre 2024, une symptomatologie anxieuse marquée, ayant un impact significatif sur sa qualité de

vie, son équilibre familial et sa stabilité émotionnelle. Il souffrait également de troubles du sommeil, caractérisés par des réveils nocturnes et précoces. Un traitement antidépresseur avait été récemment initié, entraînant une amélioration partielle de l'irritabilité, de l'anxiété et du sommeil. Le tableau clinique actuel était compatible avec un trouble anxieux réactionnel persistant à une situation médico-légale non résolue. L'impact fonctionnel était non négligeable et concernait à la fois la sphère professionnelle (réduction de l'activité, ralentissement, fatigabilité) et personnelle. Ce trouble pouvait être objectivé dans le cadre d'une évaluation d'atteinte à la santé psychique secondaire à un accident de la vie.

h. Le 11 juillet 2025, l'intimée a considéré que les pièces médicales relatives à l'état de santé psychique du recourant devaient être traitées comme étant exorbitantes à l'objet du litige, dès lors que cet aspect n'avait pas fait l'objet de la décision litigieuse et n'avait jamais été instruit.

i. Le 17 novembre 2025, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

Le recourant a notamment expliqué qu'il arrivait à effectuer une grande partie de son activité, mais plus lentement qu'auparavant. Il n'était toutefois plus en mesure de s'occuper de certaines chirurgies. Avant l'accident, il employait une assistante à plein temps et une à 50%. Depuis l'accident, il employait deux assistantes dentaires à plein temps car il avait besoin d'avoir une personne en permanence à côté de lui.

Il avait commencé à réaliser des expertises pour le SPC peu avant l'accident et en avait réalisé un plus grand nombre après, soit près d'une vingtaine par semaine, ce qui lui avait permis de compenser sa perte de rendement. Il avait arrêté d'effectuer des expertises au mois de septembre 2024, dès lors que le SPC et l'Hospice général voulaient les confier à une nouvelle équipe d'experts. Ses comptes de 2025 seraient bouclés dans le courant du mois de janvier 2026. L'année 2025 serait déterminante, dès lors qu'il n'avait plus pu réaliser d'expertises du tout.

Depuis son accident, le recourant était fatigué et irritable. Il avait commencé un suivi chez H_____ en 2021 et n'avait vu le Dr I_____ qu'une seule fois. Il travaillait à un taux de 100%, mais avait du mal à effectuer 40 heures par semaine.

L'intimée a pour sa part précisé que lorsqu'elle mentionnait que le recourant pouvait effectuer un travail administratif, elle se référait à la réalisation d'expertises. Elle ne pouvait pas se prononcer sur les conclusions du Dr F_____, qui concluait à l'existence d'une capacité de travail de 85% sur la base d'une capacité de travail de 100% et d'une diminution de rendement de 30%. Elle n'avait pas envisagé d'appliquer la méthode extraordinaire pour calculer le taux d'invalidité du recourant au vu des éléments concrets du dossier.

La chambre de céans a imparti à l'intimée un délai pour se déterminer sur le taux de capacité de travail du recourant retenu par le Dr F_____.

j. Par courrier du 27 novembre 2025, l'intimée a indiqué qu'elle maintenait sa position et adhérait à l'avis du Dr F_____, qui estimait que la capacité de travail du recourant était totale dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 30%, pour une capacité de travail de 15%. Les conclusions du Dr F_____ reposaient sur des considérations purement médicales, notamment sur des observations faites lors de l'expertise. L'intimée, en sa qualité d'assureur-accidents, n'était ainsi pas en mesure d'indiquer pourquoi ces chiffres avaient été retenus par l'expert. En tout état de cause, il ne pouvait pas être déduit de l'avis du Dr F_____ que la capacité de travail du recourant était de 70%. L'intimée invitait pour le surplus la chambre de céans à solliciter des informations nécessaires directement auprès du Dr F_____.

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

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

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

Les questions qui - bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation - ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du

litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et les références).

Selon la jurisprudence, le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, respectivement le droit à une IPAI, sont deux rapports juridiques distincts, sans lien de connexité entre eux (arrêts du Tribunal fédéral 8C_87/2020 du 4 décembre 2020 consid. 4.3 et les références ; 8C_420/2008 du 31 mars 2009 consid. 1.3).

2.2 En l'espèce, la chambre de céans observe que dans son opposition du 4 mars 2024, le recourant s'est limité à contester le refus de l'intimée de lui octroyer une rente d'invalidité, sans maintenir ses griefs relatifs au refus d'octroi d'une IPAI.

Partant, la chambre de céans se limitera à examiner les griefs du recourant relatifs au refus de l'intimée de lui octroyer une rente.

Le litige porte ainsi sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

3.

3.1 Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et la référence ; 129 V 402 consid. 2.2 et les références).

3.2 Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge de référence (art. 18 al. 1 LAA, dans sa teneur en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2024). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA ; méthode ordinaire de la comparaison des revenus).

Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les

mesures de réadaptation exigibles (al. 1) ; seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

3.3 Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). L'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures - comme une cure thermale - ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_642/2023 du 20 mars 2024 consid. 3.1.1 et la référence). Il faut en principe que l'état de santé de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C_591/2022 du 14 juillet 2023 consid. 3.2 et la référence).

Dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, il appartient à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 144 V 354 consid. 4.1 ; 143 V 148 consid. 3.1.1 ; 134 V 109 consid. 4.1 et les références).

3.4 Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPG). 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).

3.5 Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente ; des exceptions ne peuvent être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; 134 V 322 consid. 4.1 et les références).

3.6 On évaluera le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. Lorsqu'il a repris l'exercice d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé, il faut d'abord examiner si cette activité est stable, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social. Si ces conditions sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalide (ATF 139 V 592 consid. 2.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 et les références).

Lorsqu'il s'agit de déterminer le revenu d'invalide sur la base d'un revenu effectif fluctuant, il y a lieu d'appliquer par analogie la jurisprudence relative à la détermination du revenu sans invalidité, selon laquelle il est possible de s'écarter du salaire réalisé en dernier lieu notamment lorsqu'il est soumis à des fluctuations importantes ; il faut alors procéder à une moyenne des gains réalisés sur une période relativement longue (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_2/2023 du 7 septembre 2023 consid. 3.2 et les références).

Selon la jurisprudence, le revenu obtenu avant l'atteinte à la santé doit être calculé compte tenu de tous ses éléments constitutifs, y compris de ceux qui proviennent d'une activité accessoire, lorsque l'on peut admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré aurait continué à percevoir de tels revenus sans l'atteinte à la santé. Ceux-ci doivent également être pris en considération dans le

revenu d'invalidé lorsqu'il est établi que l'assuré est toujours en mesure, sur le plan médical, de réaliser des revenus d'appoint. De même qu'en ce qui concerne l'activité principale, il convient d'examiner sur la base des avis médicaux quelle activité accessoire est exigible au regard de l'état de santé et dans quelle mesure (arrêt du Tribunal fédéral 8C_196/2022 du 20 octobre 2022 consid. 5.2 et les références).

3.7 Pour les personnes de condition indépendante, on peut se référer aux revenus figurant dans l'extrait du compte individuel de l'assurance-vieillesse et survivants. En effet, l'art. 25 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) établit un parallèle entre le revenu soumis à cotisation à l'AVS et le revenu à prendre en considération pour l'évaluation de l'invalidité ; le parallèle n'a toutefois pas valeur absolue. Cette réglementation est applicable par analogie dans le domaine de l'assurance-accidents, dès lors que la notion d'invalidité y est la même que dans l'assurance-invalidité (*cf.* ATF 133 V 549 consid. 6.1 et les références). A ce sujet, on rappellera que, selon la jurisprudence, le revenu réalisé avant l'atteinte à la santé ne pourra pas être considéré comme une donnée fiable lorsque l'activité antérieure était si courte qu'elle ne saurait constituer une base suffisante pour la détermination du revenu sans invalidité. En effet, les bénéficiaires d'exploitation sont généralement faibles au cours des premières années d'exercice d'une activité indépendante, pour diverses raisons (taux d'amortissement élevé sur les nouveaux investissements etc.), et les personnes qui se mettent à leur propre compte ne réalisent pas, au début de leur activité, des revenus équivalents à ceux des entreprises établies depuis de nombreuses années, les entreprises nouvelles devant consentir à des sacrifices importants notamment au niveau du salaire de leurs patrons (*cf.* ATF 135 V 59 consid. 3.4.6 et les références). Le cas échéant, on pourra se fonder sur le revenu moyen d'entreprises similaires ou sur les statistiques de l'ESS (arrêt du Tribunal fédéral 8C_39/2022 du 13 octobre 2022 consid. 3.2 et les références).

Chez une personne de condition indépendante, la comparaison des résultats d'exploitation réalisés dans son entreprise avant et après la survenance de l'invalidité ne permet de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité que dans le cas où l'on peut exclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les résultats de l'exploitation aient été influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité. En effet, les résultats d'exploitation d'une entreprise dépendent souvent de nombreux paramètres difficiles à apprécier, tels que la situation conjoncturelle, la concurrence, l'aide ponctuelle des membres de la famille, des personnes intéressées dans l'entreprise ou des collaborateurs. Généralement, les documents comptables ne permettent pas, en pareils cas, de distinguer la part du revenu qu'il faut attribuer à ces facteurs - étrangers à l'invalidité - et celle qui revient à la propre prestation de travail de l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral 9C_826/2017 du 28 mai 2018 consid. 5.2 ;

9C_106/2011 du 14 octobre 2011 consid. 4.3, I 83/97 du 16 octobre 1997 consid. 2c, *in* VSI 1998 p. 121, et I 432/97 du 30 mars 1998 consid. 4a, *in* VSI 1998 p. 255). Il convient de distinguer clairement la situation personnelle de la personne assurée, seule déterminante au regard de l'assurance-invalidité, de celle de l'entreprise dont elle est la propriétaire économique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_572/2010 du 25 mars 2011, consid. 3.5 *in fine*).

Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement les deux revenus en cause, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour personnes sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA), procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (procédure extraordinaire d'évaluation de l'invalidité). La différence fondamentale entre la procédure extraordinaire d'évaluation et la méthode spécifique réside dans le fait que l'invalidité n'est pas évaluée directement sur la base d'une comparaison des activités ; on commence par déterminer, au moyen de cette comparaison, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 128 V 29 consid. 1 et les références).

À l'instar d'un rapport d'enquête sur le ménage pour les personnes accomplissant des travaux ménagers, le rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante constitue en principe un moyen de preuve approprié pour évaluer le degré d'invalidité des personnes dont on ne peut déterminer sûrement les revenus (arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 du 9 mars 2016 consid. 6 et les références citées). En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67

consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 22 ; arrêt du Tribunal fédéral I.733/06 du 16 juillet 2007).

4.

4.1 La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (*cf.* art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

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

4.3 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351

consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

4.4 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

- 5.** Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6. 1 et la référence).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il

considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

6.

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

Le recourant n'élève aucune critique s'agissant de ce rapport, lequel satisfait *prima facie* aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante dans la mesure où il contient un résumé de l'ensemble des rapports médicaux du dossier, une anamnèse, les plaintes du recourant et des observations cliniques. En outre, les conclusions de l'expert quant aux diagnostics et à la baisse de rendement sont claires, bien motivées et correspondent à l'avis du Dr D_____ figurant dans son rapport médical du 8 juin 2021.

Cela étant, il y a lieu de souligner que le Dr F_____, s'il retient une capacité de travail entière du recourant dans son activité de dentiste, avec une diminution de rendement de 30%, conclut à l'existence d'une incapacité de travail de 15% seulement, et non de 30%.

Interrogée sur cette question durant l'audience du 17 novembre 2025, l'intimée n'a pas été en mesure de répondre. Dans son courrier du 27 novembre suivant, elle s'est contentée d'indiquer qu'elle adhérait à l'avis du Dr F_____, au motif que celui-ci reposait sur des considérations purement médicales et des observations faites lors de l'expertise. En qualité d'assureur-accidents, elle n'était pas en mesure d'indiquer pourquoi ces chiffres avaient été retenus par l'expert.

La chambre de céans constate que les explications de l'intimée ne sont pas de nature à expliquer pour quelle raison le Dr F_____ a estimé que la capacité de travail du recourant était de 85%, et non de 70%, alors qu'il a retenu une diminution de rendement de 30%. Le rapport d'expertise du Dr F_____ ne contient du reste aucune précision à ce propos.

Compte tenu de ce qui précède, le rapport d'expertise du Dr F _____ est dénué de valeur probante.

La chambre de céans ne complètera pas l'instruction effectuée par l'intimée sur ce point, dès lors que la cause doit en tout état de cause lui être renvoyée au regard des considérations qui suivent (*cf. infra* consid. 6.2 à 6.4). Il appartiendra ainsi à l'intimée de clarifier le taux de capacité de travail du recourant dans son activité de chirurgien-dentiste.

6.2 L'intimée a déterminé le taux d'invalidité du recourant au moyen de la méthode de comparaison des revenus.

S'agissant du revenu de valide, elle a relevé que dans la mesure où l'accident avait eu lieu en 2020, année du COVID-19, le revenu déclaré de CHF 134'200.- pour cette année-là n'était pas représentatif des années de travail précédentes. Il convenait plutôt de se fonder sur la moyenne des revenus réalisés de 2017 à 2019 pour déterminer le gain de valide, lequel s'élevait à CHF 168'000.-. Compte tenu de l'évolution salariale, ce montant ascendait à CHF 169'005.30 en 2021. Une augmentation annuelle des revenus du recourant de 4% était incertaine, de sorte que cette projection ne saurait être prise en compte.

S'agissant du revenu d'invalidé, bien que l'activité d'expert du recourant fût terminée, elle avait été réalisée dans un environnement stable lui permettant d'exploiter pleinement sa capacité de travail résiduelle, de sorte que les gains générés par cette activité devaient être pris en compte, en tant qu'ils démontraient la capacité du recourant à générer un revenu malgré les limitations résultant de l'accident. L'intimée a observé qu'à teneur des inscriptions figurant sur l'extrait de CI du recourant, celui-ci s'élevait à CHF 195'600.- en 2021 et à CHF 157'200.- en 2022. Ainsi, même en retenant la moyenne des revenus réalisés en 2021 et 2022 (CHF 176'400.-), le taux d'invalidité était négatif, de sorte que le recourant n'avait pas droit à une rente.

Le recourant soutient que le revenu de valide devrait être établi sur la base de la moyenne des revenus réalisés en 2018 et 2019, en tenant compte d'une augmentation annuelle de 4% en 2020 et 2021, de sorte que son revenu de valide s'élèverait à CHF 186'415.25.

Concernant le revenu d'invalidé, il estime qu'il n'y a pas lieu de tenir compte des revenus réalisés dans le cadre des missions d'expertise que le SPC lui a confiées, dès lors que cette activité ne reposait pas sur des rapports de travail stables et qu'il est extrêmement difficile de trouver des opportunités de même nature.

Il convient ainsi d'examiner si c'est à bon droit que l'intimée a considéré que le recourant n'avait pas droit à une rente d'invalidité.

6.3 Comme indiqué précédemment, l'intimée a déterminé le taux d'invalidité du recourant au moyen de la méthode de comparaison des revenus.

Bien que le recourant ne conteste pas l'utilisation de cette méthode de calcul, il convient de déterminer si l'intimée était fondée à recourir à celle-ci en vue de déterminer son invalidité.

Il est établi que le recourant est une personne de condition indépendante dans la mesure où il exploite, depuis 2011, un cabinet dentaire sous la forme d'une entreprise individuelle, dans lequel il exerce une activité de dentiste indépendant.

Par ailleurs, l'analyse des différents éléments figurant au dossier révèle ce qui suit.

Les revenus du recourant, tels qu'ils ressortent de son extrait de CI, ont fluctué au fil des années de façon non négligeable. Ainsi, son revenu s'élevait à CHF 32'500.- en 2011, CHF 60'100 en 2012, CHF 39'900.- en 2013, CHF 136'900.- en 2014, CHF 138'900.- en 2015, CHF 157'200.- en 2016, CHF 164'900.- en 2017, CHF 177'100.- en 2018, CHF 162'000.- en 2019, CHF 134'200.- en 2020.-, CHF 195'600.- en 2021, CHF 254'000.- en 2022 et CHF 157'200 en 2023 et 2024.

Les charges du recourant, en tant qu'exploitant d'une société individuelle, ont également passablement varié dans le temps. À titre d'exemple, les bordereaux de taxation communiqués par le recourant montrent que les charges du personnel se sont élevées à CHF 63'585.- en 2014, CHF 82'407.- en 2015, CHF 94'697.- en 2016, CHF 83'942.- en 2017, CHF 87'179.- en 2018, CHF 101'566.- en 2019, CHF 92'848.- en 2020 et CHF 105'767.- en 2021. La même remarque s'applique aux frais généraux et aux « charges de matières premières ». Les charges totales du recourant ont ainsi également connu des modifications notables au cours des années. Elles se sont élevées à CHF 278'072.- en 2014, CHF 289'136.- en 2015, CHF 287'098.- en 2016, CHF 272'122.- en 2017, CHF 293'344.- en 2018, CHF 289'058.- en 2019, CHF 264'420.- en 2020, et CHF 313'238.- en 2021. Il convient à cet égard de souligner que ces variations ont été particulièrement marquées entre 2019, année précédant l'accident, et 2021, année suivant l'accident.

Il sera encore précisé que le recourant a produit, à la demande de la chambre de céans et en guise de pièces comptables, ses bordereaux de taxation de 2014 à 2021, lesquels contiennent les éléments de son compte de pertes et profits. La chambre de céans ne dispose toutefois pas des bordereaux postérieurs afin de déterminer comment les charges du recourant ont évolué par la suite.

Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans estime que les données comptables de l'entreprise individuelle du recourant, de même que celles ressortant de son extrait de CI, ne constituent pas des données fiables pour évaluer son incapacité de gain, dès lors qu'il ne peut pas être exclu, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, qu'elles ne sont pas influencées par des facteurs étrangers à l'invalidité du recourant.

À cet égard, il sera notamment relevé qu'à teneur de l'extrait de CI du recourant, ses revenus ont été plus élevés en 2021 et 2022, soit après son atteinte à la santé, alors que sa capacité de travail était réduite à tout le moins jusqu'au mois de juin 2021.

Cette augmentation des revenus du recourant peut naturellement être expliquée par les différentes missions d'expertises réalisées pour le compte du SPC. Cependant, s'il est vrai que cette activité d'expert est exigible du recourant d'un point de vue de ses limitations fonctionnelles, il ressort du courrier du SPC du 26 septembre 2024 qu'elle a pris fin en date du 1^{er} juin 2024, même si le recourant doit encore traiter les dossiers qui lui ont été confiés avant cette date. Il n'est donc pas certain que le recourant sera en mesure de générer un revenu comparable par la suite grâce à une activité du même genre. Ainsi, le fait que les revenus des années 2021 et 2022 soient plus élevés que les revenus réalisés par le recourant avant son accident ne signifie pas que celui-ci ne subit aucune perte de gain du fait de son accident, dès lors qu'ils sont susceptibles d'avoir été provoqués par une conjoncture économique favorable, à savoir la possibilité de réaliser des expertises pour le SPC. Quant aux revenus des années 2023 et 2024 ressortant de l'extrait du CI du recourant, à savoir CHF 157'200, ceux-ci ne peuvent pas être pris en considération pour déterminer son taux d'invalidité, dès lors qu'il s'agit du revenu pris en considération par la caisse de compensation pour fixer les acomptes du recourant, ce que ce dernier a confirmé lors de l'audience du 17 novembre 2025.

La chambre de céans ne disposant pas des bordereaux de taxation du recourant pour les années postérieures à 2021, il n'est pas possible de déterminer avec précision comment le revenu du recourant a évolué, notamment depuis que le SPC ne lui confie plus d'expertises. À cet égard, le recourant a déclaré, lors de l'audience du 17 novembre 2025, que ses comptes de 2025 seraient bouclés dans le courant du mois de janvier 2026, en précisant que l'année 2025 était déterminante, dès lors qu'il n'avait plus pu réaliser d'expertises durant celle-ci. Il n'y a toutefois pas lieu d'attendre que le recourant produise la comptabilité de son activité de 2025, dès lors que la chambre de céans examine la légalité de la décision querellée d'après l'état de fait existant au moment où celle-ci a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références), soit le 18 octobre 2024.

De surcroît, les différents documents comptables figurant au dossier ne font pas mention du temps consacré par le recourant à ces expertises, ni de leur impact sur son activité de chirurgien-dentiste. L'on ignore ainsi si le recourant a diminué son activité de chirurgien-dentiste dans une mesure équivalente au temps qu'il consacrait aux expertises, ou si tel n'a pas été pas le cas. À cet égard, la chambre de céans relève qu'au vu du chiffre d'affaires lié aux missions d'expertises mentionné par G _____ SA pour l'année 2020, lequel s'élève à CHF 53'145.05, le recourant a entamé son activité d'expert avant son accident du 5 novembre 2020, comme il l'a indiqué durant l'audience du 17 novembre 2025. Les pièces du

dossier ne permettent toutefois pas de déterminer la pondération des différents champs d'activité du recourant avant et après la survenance de son atteinte à la santé.

Par ailleurs, il appert que les bordereaux de taxation contenant les comptes de pertes et profits du recourant ne sont pas suffisamment précis pour que la chambre de céans puisse vérifier la teneur de l'attestation établie par la société G_____SA quant aux revenus réalisés par le recourant en sa qualité d'expert.

Enfin, le recourant a déclaré qu'avant l'accident, il employait une assistante à plein temps et une à 50%. Depuis l'accident, il emploie toutefois deux assistantes dentaires à plein temps car il a besoin d'avoir une personne en permanence à côté de lui, de sorte que la masse salariale de sa raison individuelle a augmenté à la suite de l'accident.

Partant, au vu de la variabilité des charges et des revenus du recourant au fil des ans (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_1/2020 du 15 octobre 2020 consid. 4.4) et des changements intervenus dans le cadre de son activité d'expert, il est peu probable que les variations de son bénéfice soient exclusivement dues aux conséquences de l'accident. Dans la mesure où les données comptables de l'entreprise individuelle du recourant, de même que celles ressortant de son extrait de CI, ont vraisemblablement été influencées par des facteurs étrangers à son invalidité, elles ne constituent pas des données fiables pour évaluer son incapacité de gain, de sorte que l'intimée n'était pas fondée à recourir à la méthode de comparaison des revenus pour déterminer son invalidité.

6.4 Par conséquent, il convient d'annuler la décision du 18 octobre 2024 et de renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle clarifie le taux de capacité de travail du recourant et mette en œuvre une enquête pour activité professionnelle indépendante, puis rende une nouvelle décision en déterminant le degré d'invalidité au moyen de la méthode extraordinaire.

Par ailleurs, compte tenu du renvoi de la présente cause à l'intimée, il appartiendra également à cette dernière de déterminer si les atteintes psychiques rapportées par le Dr I_____ et H_____ sont en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 5 novembre 2020, si elles sont incapacitantes et, dans l'affirmative, dans quelle mesure.

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

Le recourant, assisté par une avocate, obtient partiellement gain de cause, de sorte qu'il droit à une indemnité partielle, au titre de dépens, de CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Pour le surplus, en l'absence de loi spéciale prévoyant des frais judiciaires, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} 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. Annule la décision du 18 octobre 2024.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Alloue au recourant une indemnité de CHF 2'500.- au titre de dépens, à la charge de l'intimée.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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

La présidente

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

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