

GE_GERICHTE ATAS/225/2026 vom 16. März 2026

GE Cour de justice, 2026-03-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_225_2026

FR: GE_GERICHTE ATAS/225/2026 du 16 mars 2026

IT: GE_GERICHTE ATAS/225/2026 del 16 marzo 2026

Erwägungen

E. 1.1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance- accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 1.2

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

E. 1.3

Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai (art. 60 LPGA en lien avec les art. 38 al. 3 et 4 let. a LPGA ; art. 62 al. 1 let. a et 89C let. a LPA) prévus par la loi, le recours est recevable.

E. 2

Le litige porte sur le degré d'invalidité de la recourante, singulièrement sur sa capacité de travail dans une activité adaptée, sur le gain assuré déterminant pour le calcul du montant de la rente LAA, ainsi que sur le taux de l'IPAI.

E. 3

à l'OLAA précise que les atteintes à l'intégrité qui sont inférieures à 5% selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Il faut en conclure qu'une atteinte est réputée importante si elle atteint au moins ce pourcentage (Thomas FREI / Juerg P. BLEUER, Évaluation d'atteintes à l'intégrité multiples, in SUVA Medical 2012, p. 202). L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b et les références ; 124 V 209 consid. 4a/bb et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_745/2022 du 29 juin 2023 consid. 3.2 et la référence) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb). L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 annexe 3 OLAA). On procédera de même lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5% serait

appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires – à l'exception des moyens servant à la vision (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de

A/1863/2025 - 14/23 - celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence ; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2 de l'annexe 3). La Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur www.suva.ch). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3 ; 124 V 209 consid. 4a/cc ; 116 V 156 consid. 3a). Aux termes de l'art. 36 al. 4 OLAA, il est équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité ; une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible. S'il y a lieu de tenir équitablement compte d'une aggravation prévisible de l'atteinte lors de la fixation du taux de l'indemnité, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et - cumulativement - l'importance quantifiable. Le taux d'une atteinte à l'intégrité dont l'aggravation est prévisible, au sens de l'art. 36 al. 4 OLAA, doit être fixé sur la base de constatations médicales (arrêt du Tribunal fédéral 8C_745/2022 du 29 juin 2023 consid. 3.3 et les références).

E. 3.1

Le 1er 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 droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront donc citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

E. 3.2

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

A/1863/2025 - 9/23 - 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).

E. 3.3

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). 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). 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.

E. 3.4

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

A/1863/2025 - 10/23 - 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 (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). 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). 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). 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 135 V 465 consid. 4.5 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; 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). 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

A/1863/2025 - 11/23 - 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).

E. 3.5

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. Selon l'art. 15 al. 2 LAA, est réputé gain assuré pour le calcul des indemnités journalières le dernier salaire que l'assuré a reçu avant l'accident ; est déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident. Selon l'art. 15 al. 3, 3e phrase LAA, le Conseil fédéral édicte des prescriptions sur le gain assuré pris en considération dans des cas spéciaux, notamment : lorsque l'assuré ne gagne pas, ou pas encore, le salaire usuel dans sa profession (let. c). Selon l'art. 20 al. 2 LAA, si l'assuré a droit à une rente de l'assurance-invalidité ou à une rente de l'assurance-vieillesse et survivants, une rente complémentaire lui est allouée ; celle-ci correspond, en dérogation à l'art. 69 LPGA, à la différence entre 90% du gain assuré et la rente de l'assurance-invalidité ou de l'assurance-vieillesse et survivants, mais au plus au montant prévu pour l'invalidité totale ou partielle. La rente complémentaire est fixée lorsque les prestations mentionnées sont en concours pour la première fois et n'est adaptée que lorsqu'il y a modification des parts de rente de l'assurance-invalidité ou de l'assurance-vieillesse et survivants accordées pour les membres de la famille. Selon l'art. 24 al. 2 de l'Ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), 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. Selon l'art. 24 al. 3 OLAA, si l'assuré suivait des cours de formation le jour de l'accident et touchait de ce fait un salaire inférieur au plein salaire de la même catégorie professionnelle, le gain assuré est déterminé, à partir du moment où il aurait terminé sa formation, d'après le plein salaire qu'il aurait reçu pendant l'année qui précède l'accident.

A/1863/2025 - 12/23 - Ce « plein salaire » se détermine d'après les conditions salariales en vigueur, un an avant l'accident, dans l'entreprise pour laquelle l'apprenti travaille, indépendamment d'un éventuel changement d'emploi une fois l'apprentissage achevé (ATF 108 V 265 consid. 2c). L'art. 24 al. 3 OLAA peut être combinée avec l'art. 24 al. 2 OLAA (Jean-Maurice FRÉSARD / Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire [avec des aspects de l'assurance militaire] in SBVR Soziale Sicherheit, 2016, n. 187 et la référence).

E. 3.6

Selon l'art. 21 al. 1 LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13) sont accordées à son bénéficiaire dans les cas suivants : lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c) ; lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d).

E. 3.7

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). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1re phrase) ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2e phrase). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). 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). L'atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel (anatomique ou fonctionnel) mental ou psychique. La gravité de

A/1863/2025 - 13/23 - l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.4 et les références). Selon l'art. 36 OLAA, édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1re phrase) ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2e phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique ou mentale, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1re phrase). Cette disposition a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral U. 401/06 du 12 janvier 2007 consid. 2.2). Le caractère durable de l'atteinte doit être à tout le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 124 V 29 consid. 4b/cc). Quant au caractère important de l'atteinte, le ch. 1 de l'annexe

E. 3.8

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

E. 4.1

En l'espèce, sur le plan médical, l'intimée, en se fondant sur le rapport d'expertise neuropsychologique du 20 janvier 2021, le rapport d'expertise orthopédique du 21 juillet 2021 et le rapport d'expertise neurologique du 13 août 2021, admet que la capacité de travail de la recourante est nulle dans l'activité habituelle d'assistance en pharmacie depuis l'accident du 20 juillet 2015, mais estime que celle-ci est apte à exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles au taux de 40% au-delà du 31 août 2021, date de la stabilisation de son état de santé.

A/1863/2025 - 15/23 - La recourante ne remet pas en cause le moment de la stabilisation de son état de santé. En revanche, en s'appuyant sur les rapports de ses médecins traitants produits à l'appui de son opposition, elle considère que sa capacité de travail est nulle dans toute activité.

E. 4.1.1

Sur le plan orthopédique, le rapport d'expertise du 21 juillet 2021 est basé sur l'anamnèse, le résumé des pièces médicales au dossier, y compris des rapports d'imagerie ainsi que d'un bilan radiologique effectué le jour de l'expertise le 23 mars 2021 (p. 1-17, 23-25), sur les

indications subjectives de la recourante (p. 17-18), sur des observations cliniques (p. 19-23), et sur l'appréciation du cas qui est bien motivée (p. 27-34). Ce rapport remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. En particulier, l'expert a rappelé les diagnostics retenus à la suite de l'accident, à savoir, au niveau thoraco-abdominal, une contusion pulmonaire, un pneumothorax gauche, une fracture du pôle supérieur du rein gauche, une rupture vésicale, une contusion splénique, un hématome surrénalien droit millimétrique et une petite hémorragie gonadique gauche avec aménorrhée secondaire ; au niveau crânien, un TCC (traumatisme crânio-cérébral) avec lésion axonale diffuse, une fracture de Lefort III à droite et II à gauche, une fracture de la mandibulaire gauche, une fracture orbito-zygomatique gauche, une avulsion des dents 11, 12, 21, 22, 23 et 25 et une plaie commissurale labiale gauche avec lacération de la muqueuse jugale ; et au niveau orthopédique, une fracture tripartite du tibia gauche + péroné, une fracture instable de l'anneau pelvien de type B, une fracture des apophyses transverses droites de L1, L2 et L3, une fracture antérieure des côtes gauches 7 et

E. 4.1.2

Sur le plan neuropsychologique, le rapport d'expertise du 20 janvier 2021 se fonde sur l'anamnèse, les pièces médicales en relation avec la psychothérapie et les imageries cérébrales (pp. 1-3), sur les plaintes de la recourante (p. 3), sur l'examen évaluant les praxies, les fonctions exécutives, l'attention, la mémoire et un test composite d'efficience intellectuelle (pp. 1, 4-6), et sur l'appréciation motivée du cas (pp. 6-11).

A/1863/2025 - 17/23 - L'expert a indiqué que la recourante n'avait aucune plainte cognitive (p. 6). Il a mis en évidence de légères difficultés exécutives, un ralentissement attentionnel limité à deux tâches visuo-graphiques, et des difficultés dans une tâche informatisée d'attention soutenue. Il a retenu le diagnostic non-incapacitant de troubles neuropsychologiques minimaux depuis le jour de l'examen le 22 octobre 2020, en lien de causalité certaine avec l'accident (pp. 1, 8-9). La recourante présentait également une efficience intellectuelle potentiellement assez faible, présente de tout temps, qui ne constituait pas stricto sensu une conséquence de l'accident (pp. 7, 10). Cela étant, du fait de cette faible efficience, sa capacité de travail était limitée à une activité manuelle simple, peu exigeante en termes intellectuels. Dans une telle activité, sa capacité était entière (pp. 7, 10). En ce qui concernait la fatigue intense alléguée, l'expert préconisait la réalisation d'un enregistrement du sommeil (p. 7).

E. 4.1.3

Sur le plan neurologique, le rapport d'expertise du 13 août 2021 est basé sur l'anamnèse, les pièces au dossier, y compris le résultat des imageries, le rapport d'expertise neuropsychologique du 20 janvier 2021, le rapport d'expertise orthopédique du 21 juillet 2021, le rapport du bilan polysomnographique du 28 mai 2021 (pp. 1-54, 56, 59-60, 75-82), les plaintes de la recourante (pp. 54-55), l'examen neurologique et de l'EEG (p. 57-58, 74) et l'appréciation du cas (pp. 61- 73). En particulier, l'expert a indiqué que le bilan neurologique ne révélait plus de difficultés significatives à la station debout et aux différentes épreuves de marche. La nuque était de bonne mobilité, sans douleurs. Au niveau des paires crâniennes, il existait une hypoesthésie faciale gauche et une anesthésie mandibulaire. L'acuité et les champs visuels étaient préservés. La recourante présentait une parésie proximale du membre supérieur droit, sans altération significative de la trophicité musculaire, des réflexes tendineux et de la force brute, hormis l'élévation du bras. Elle

présentait également une hypotrophie du mollet gauche, une aréflexie achilléenne gauche et une hypoesthésie tactile et douloureuse intéressant surtout la face externe de la jambe et le dos du pied, y compris la plante du pied où il existait une hyperpathie. La force brute était intacte. En résumé, l'examen neurologique mettait en évidence un trouble sensitivo- moteur du membre supérieur droit séquellaire à une probable atteinte plexuelle brachiale, avec atteinte axillo-radiale prédominante ainsi qu'une atteinte périphérique du membre inférieur gauche intéressant le nerf sciatique (branches fibulaire et tibiale ; p. 63). Les troubles présentés étaient en relation de causalité certaine avec l'accident (pp. 63, 68). Le bilan au Centre du sommeil de P_____ avait objectivé une hypersomnie diurne. En l'absence d'éléments anamnestiques évoquant un trouble veille-

A/1863/2025 - 18/23 - sommeil préexistant à l'événement accidentel, et compte tenu de la gravité des lésions cérébrales initiales, l'expert neurologue a conclu que cette hypersomnie devait être considérée comme en relation de causalité probable avec l'accident (pp. 64, 66-68). L'expert a estimé que la capacité de travail de la recourante était nulle dans l'activité antérieure d'assistante en pharmacie (pp. 66, 70). En revanche, sa capacité de travail était de 40% dans une activité adaptée sédentaire / semi- sédentaire sans nécessité d'une station debout prolongée, de déplacements sur des surfaces irrégulières, de monter ou descendre régulièrement des escaliers et / ou des pentes, sans engagement de force et répétitif du membre supérieur droit, sans utilisation du membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale, sans port de charges de plus de 5 à 10 kg de manière répétitive, depuis début 2019. Le taux d'activité de 40% tenait compte de l'hypersomnie et des limitations fonctionnelles (pp. 64-66, 70-71). Cela étant, dans un rapport du 13 juillet 2021 adressé au SMR, à la demande de ce dernier (dossier OAI pp. 1527-1528) - qui n'a fait l'objet d'aucune analyse dans le dernier avis du SMR du 22 septembre 2021 (dossier OAI pp. 1607-1608) -, les médecins du Centre du sommeil de P_____, où la recourante avait été examinée dans le cadre de l'expertise neurologique, ont précisé que celle-ci présentait une somnolence diurne sévère et pathologique entraînant une capacité de travail nulle dans toute activité, tout en ajoutant que le pronostic et la capacité de travail dans une activité adaptée dépendaient de la réponse au traitement spécialisé à instaurer. Il convient dès lors de se distancier de l'évaluation médicale de la capacité de travail établie par l'expert neurologue (sans que cette expertise ne perde sa valeur probante pour les autres aspects, dont le lien de causalité et l'IPAI [voir infra]) et de suivre l'appréciation des médecins spécialistes du Centre du sommeil de P_____, ce d'autant que l'expert neurologue admet la causalité, au degré de la vraisemblance prépondérante, de la somnolence diurne avec l'accident, telle qu'établie par le rapport de bilan polysomnographique et qu'il n'a pas eu connaissance du rapport subséquent du Centre du sommeil du 13 juillet 2021 précisant l'impact de l'atteinte de la recourante sur sa capacité de travail. Ainsi, en l'état, en l'absence d'un examen de la réponse au traitement spécialisé (pris en charge par l'intimée selon la décision du 18 octobre 2021 [cf. infra consid. 4.5]), dont on ignore de surcroît s'il a débuté, il y a lieu de retenir que la recourante présente une incapacité de travail totale dans toute activité, dès le 1er septembre 2021, date de la stabilisation de son état de santé, en raison de sa somnolence diurne excessive et pathologique.

E. 4.2

En conséquence, l'incapacité de travail totale dans toute activité conduit à une perte de gain entière, justifiant l'octroi d'une rente d'invalidité de 100%, à compter du 1er septembre 2021.

A/1863/2025 - 19/23 - Au vu de ce qui précède, il est superflu de mettre en œuvre une expertise judiciaire.

E. 4.3

En ce qui concerne le montant à prendre en compte au titre du gain assuré pour fixer la rente LAA de la recourante, qui était apprentie assistante en pharmacie lorsqu'elle a été accidentée, l'intimée s'est fondée sur la Convention collective de travail (CCT) de la pharmacie du canton de Genève - personnel de bureau, exploitation, vente -, pour calculer le salaire annuel hypothétique que la recourante aurait pu toucher après la fin de sa formation d'assistante en pharmacie (cf. art. 24 al. 3 OLAA). La recourante, de son côté, fait valoir qu'il y a lieu de se baser sur les ESS, comme l'a fait l'OAI dans sa décision d'octroi de rente du 9 juin 2022, pour déterminer son gain assuré. Or, l'OAI s'est appuyé sur les ESS pour établir le revenu sans et avec invalidité de la recourante et fixer ainsi son degré d'invalidité et non pas pour le calcul du montant de la rente d'invalidité allouée. Au demeurant, les revenus spécifiques à la branche sont représentés dans une CCT de manière plus précise que dans l'ESS (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_562/2023 du 29 mai 2024 consid. 4.1.3 et les références citées). C'est par ailleurs le lieu de rappeler que selon la jurisprudence, le gain assuré au sens de l'art. 24 al. 3 OLAA doit être calculé d'après les conditions salariales en vigueur, un an avant l'accident, dans l'entreprise pour laquelle l'apprenti travaille (ATF 108 V 265 consid. 2c). Selon l'art. 1 de la CCT de la pharmacie du canton de Genève - personnel de bureau, exploitation, vente -, cette CCT régit les conditions de travail de tout le personnel occupé dans les pharmacies d'officine sises sur le territoire du canton de Genève, à l'exclusion des gérants, des pharmaciens-adjoints, des assistants-pharmaciens, des préparateurs en pharmacie. En tant que la recourante était, avant l'accident, apprentie dans une pharmacie sise dans le canton de Genève dans le secteur de la vente selon la déclaration d'accident du 5 août 2015, son employeur était soumis à cette convention. Ainsi, l'intimée, en appliquant cette CCT, a calculé le gain assuré de la recourante d'après le salaire réalisable dans l'entreprise formatrice, conformément à la jurisprudence précitée.

E. 4.4

Rester à déterminer si la recourante peut prétendre une IPAI de 95% contre 60% retenue par l'intimée.

E. 4.4.1

Sur le plan neuropsychologique, dans son rapport du 20 janvier 2021, l'expert a relevé que la recourante n'avait aucune plainte cognitive (p. 6) et il a considéré que les troubles neuropsychologiques imputables à l'accident étant minimaux au jour de l'examen (p. 7-8, 10 ; consid. 4.1.2 supra), il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité à retenir (p. 10).

A/1863/2025 - 20/23 - Il convient d'examiner si les avis des médecins traitants sont de nature à jeter le discrédit sur les conclusions de l'expert neuropsychologue. Dans un rapport du 19 avril 2021, le Dr G_____, psychiatre traitant, se borne à indiquer que la capacité de travail de la recourante est nulle sur le plan psychique, sans se déterminer sur une éventuelle IPAI. Dans un rapport du 4 novembre 2021 signé par les Drs H_____ (psychiatre), I_____ (médecin praticien) et J_____ (psychologue), ces derniers ne remettent pas en cause l'appréciation de l'expert neuropsychologue portant sur l'absence d'IPAI. Ils considèrent seulement que l'IRM cérébrale du 2 novembre 2021 confirme la présence d'atteintes à l'origine des troubles neuropsychologiques légers à moyens de la recourante,

entraînant une incapacité de travail de 25%. La chambre de céans constate à cet égard que cette IRM conclut à des images sans modification par rapport à celles des IRM cérébrales comparatives de mars 2018 et mars 2019, qui figurent déjà au dossier (dossier intimée documents n° 371 et n° 568 p. 33). En d'autres termes, l'IRM cérébrale du 2 novembre 2021 ne fait pas état d'éléments médicaux objectifs nouveaux. Ensuite, dans un rapport non daté et non signé joint à l'opposition du 19 novembre 2021, la psychologue et/ou le Dr H_____ (document n° 578 pp. 30-31, 34) se borne(nt) à indiquer que la recourante a droit à une indemnité pour atteinte l'intégrité en raison de ses atteintes cognitives, sans en fixer le taux et sans fournir la moindre explication qui justifierait de s'écarter de l'appréciation de l'expert neuropsychologue qui concluait que les troubles neuropsychologiques minimaux de la recourante liés à l'accident ne donnaient pas droit à une IPAI. Or, tant le caractère important (qui est nié en l'occurrence) que durable de l'atteinte à l'intégrité doit être établi pour prétendre à une IPAI. Dans un rapport du 6 septembre 2019, antérieur aux expertises, F_____, neuropsychologue, ne se prononce pas non plus sur une éventuelle IPAI.

E. 4.4.2

Sur le plan neurologique, dans son rapport du 13 août 2021, l'expert neurologue, en s'appuyant sur les tables 1 et 2 de la SUVA relatifs à l'atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs, respectivement des membres inférieurs, a évalué l'atteinte partielle des nerfs axillaire et radial droits à 15%, et l'atteinte partielle, essentiellement algique et sensitive du nerf sciatique (branches fibulaire et fémorale) à 10%. En appliquant par analogie la table 8 de la SUVA relatif à l'atteinte à l'intégrité en cas de troubles de la fonction cérébrale après une lésion cérébrale, il a fixé l'atteinte à l'intégrité résultant de l'hypersomnie diurne à 20% (p. 72). Or, invité par le conseil de la recourante à se prononcer sur le taux d'IPAI retenu par les experts, dans un rapport du 9 novembre 2021, le neurologue traitant s'est contenté de répondre que l'état de santé de sa patiente était stabilisé, sans remettre en question le taux de l'IPAI arrêté par l'expert neurologue.

A/1863/2025 - 21/23 -

E. 4.4.3

Sur le plan orthopédique, dans son rapport du 21 juillet 2021, l'expert orthopédiste a, en se référant à la table 1 précitée de la SUVA, retenu que l'atteinte à l'intégrité résultant de la mobilité limitée à l'horizontale du membre supérieur droit était de 15%. Il a ajouté que l'on ne pouvait pas s'attendre de façon probable, dans un futur plus ou moins éloigné, à une augmentation significative de l'importance de cette atteinte. En ce qui concernait le membre inférieur gauche, en l'absence d'une limitation fonctionnelle articulaire ou de trouble dégénératif significatif, une IPAI était exclue (p. 34). Il convient d'examiner si les rapports des médecins traitants sont susceptibles de conduire à une appréciation différente. Dans un rapport du 9 novembre 2021, l'orthopédiste traitant, spécialiste de la chirurgie de l'épaule, ne conteste pas le taux de 15% retenu par l'expert, en précisant que ce taux correspondait bien à la situation de la recourante selon la table 1 de la SUVA, mais qu'il ne tenait pas compte des douleurs engendrées par la mobilisation. Or, l'expert a fait état des douleurs au niveau de l'épaule droite de la recourante (p. 18). Autrement dit, le médecin traitant n'a pas mis en exergue un élément médical qui aurait été ignoré par l'expert, étant rappelé que la table 1 de la SUVA porte sur le taux de l'atteinte à l'intégrité résultant des troubles « fonctionnels » des membres supérieurs. Dans un rapport du 16 novembre 2021, le Dr N_____, médecin adjoint au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de

l'appareil moteur aux HUG, a indiqué que le taux de l'IPAI de 15% fixé par l'expert orthopédiste lui semblait adéquat. Il a ajouté qu'il lui était impossible de se prononcer sur des éventuelles aggravations de l'atteinte, telle qu'une possible arthrose. Il y a donc lieu de nier le caractère prévisible d'une aggravation (à ce stade).

E. 4.4.4

Enfin, dans un rapport du 5 novembre 2021, le médecin traitant généraliste a rappelé les atteintes à la santé de la recourante consécutives à l'accident, soit des éléments qui étaient déjà connus des experts, sans retenir un taux de l'IPAI qui serait supérieur à celui arrêté par les experts.

E. 4.4.5

Force est de constater que la recourante, en invoquant un taux de l'IPAI de 95%, se limite à substituer sa propre évaluation à celle des experts. Or, aucun avis médical au dossier ne permet de mettre en doute l'appréciation des experts à ce sujet. Aussi le taux de l'IPAI arrêté à 60 % par l'intimée sera-t-il confirmé.

E. 4.5

À toutes fins utiles, en ce qui concerne les frais médicaux après la fixation de la rente (art. 21 LAA), dans sa décision du 18 octobre 2021, l'intimée a statué que les traitements suivants resteraient à sa charge en vertu de l'art. 21 al. 1 let. c LAA : médicament Trittico, une séance de physiothérapie par semaine, Relpax 40 en réserve, Tramal en réserve, suivi par un Centre du sommeil, stimulateur de l'éveil (par exemple : Ritaline, Modasomil, etc.), suivi par un neurologue, séances

A/1863/2025 - 22/23 - de psychothérapie, en ajoutant que les frais de traitement conformes à l'art. 21 al. 1 LAA restaient garantis. Sur opposition, par décision du 9 avril 2025, dont est recours, l'intimée a indiqué que les frais qui lui avaient été soumis avaient été remboursés et qu'elle restait disposée à examiner tous les frais qui lui seraient soumis et à rendre une décision formelle au cas par cas. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties le 17 novembre 2025, la recourante a confirmé que la prise en charge des traitements n'était plus litigieuse, sous réserve de l'injection dont elle avait parfois besoin pour les migraines. Après quoi, la représentante de l'intimée a affirmé que cette dernière devait prendre en charge cette injection (procès-verbal du 17 novembre 2025 p. 3). Ainsi, la chambre de céans donnera acte à l'intimée de son accord à la prise en charge de l'injection pour les migraines de la recourante. 5. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision litigieuse réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente d'invalidité de 100% dès le 1er septembre 2021. La cause sera renvoyée à l'intimée pour le calcul du montant de la rente complémentaire LAA due à la recourante à compter de cette date. Il sera donné acte à l'intimée de son accord à la prise en charge de l'injection pour les migraines. La recourante obtenant partiellement gain de cause, et représentée par un avocat, 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]), même si elle n'a pas conclu à l'octroi de dépens. L'indemnité est en effet octroyée d'office, l'art. 89H al. 3 LPA - à teneur duquel une indemnité est allouée au recourant qui obtient gain de cause - n'exigeant pas de requête de l'assuré (Stéphane GRODECKI / Romain JORDAN, Code annoté de procédure administrative genevoise, 2017, n. 1098). L'indemnité sera fixée en l'espèce à CHF 3'500.-. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA a contrario).

A/1863/2025 - 23/23 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

E. 8

et une probable atteinte du plexus brachial droit. La recourante avait également présenté une pneumonie d'aspiration Enterobacter cloaqué et MSSA le 20 juillet 2015, une thrombose de la veine iliaque gauche le 22 juillet 2015 anticoagulée jusqu'au 20 août 2015, une fistule carotido-caverneuse gauche traitée par embolisation le 17 août 2015 et reconstruction du segment caverneux de l'artère carotide interne gauche par stent le 26 août 2015, une infection urinaire récidivante à Escherichia coli traitée par antibiothérapie du 7 au 17 octobre 2015, un status après ostéosynthèse des fractures de Lefort et de l'articulation mandibulaire gauche le 31 juillet 2015 avec AMO partielle des vis le

E. 11

août 2015, un status après reprise pour augmentation maxillaire antérieure par greffe autologue et ablation du reste du matériel d'ostéosynthèse le 20 décembre 2016, un status après pose d'un fixateur externe de la jambe gauche le 20 juillet 2015, repris pour enclouage centro-médullaire le 28 juillet 2015, un status après ostéosynthèse d'une fracture instable de l'anneau pelvien le 11 août 2015, un status après résection d'une exostose hétérotopique du genou droit, vraisemblablement sur irritation du clou centro-médullaire par voie paramédiane le 21 décembre 2015, un status après AMO d'une vis sacro-iliaque, dynamisation du clou tibia gauche et allongement endoscopique du tendon gastrocnémien ainsi que percutané du tendon d'Achille le 11 mai 2016, un status après thrombose de

A/1863/2025 - 16/23 - la veine iliaque gauche le 22 juillet 2015 anticoagulée jusqu'au 20 août 2015, un status après fistule carotido-caverneuse gauche traitée par embolisation le 17 août 2015 et reconstruction du segment caverneux de l'artère carotide interne gauche par stent le 26 août 2015, un status après arthroscopie du genou et AMO du clou tibial gauche le 13 juin 2018, un status post-ténodèse du LCB de l'épaule droite le

E. 14

décembre 2018, une capsulite rétractile de l'épaule droite et hypodysesthésie de la face externe du bras droit, secondaire à des lésions du plexus brachial et surtout du nerf axillaire, une hypodysesthésie de la face latérale de la cuisse et de la jambe gauche sur probable désafférentation post-traumatique et allodynie, des troubles de la coordination rapide perdurante du membre supérieur droit liés aux séquelles neurologiques centrales et périphériques, des troubles de la concentration et céphalées sur probables petites atteintes neuropsychologiques perdurantes post-TCC, des douleurs modérées perdurantes en position assise et debout prolongée sur séquelles cicatricielles post-fracture du bassin, et des troubles sphinctériens et miction fréquente sur petite capacité vésicale post-cicatrisation après éclatement vésical (p. 25-27). L'expert a relevé que sur le plan orthopédique, il existait des handicaps importants persistants. Il perdurait une limitation fonctionnelle de l'épaule droite, essentiellement au-dessus de l'horizontale, un certain raccourcissement de la chaîne postérieure au niveau des gastrocnémiens ddc sans toutefois induire un mauvais déroulement du pas, des séquelles au niveau du point d'introduction du clou fémoral au genou gauche avec des cicatrices douloureuses empêchant la recourante de s'agenouiller et une atteinte dégénérative graisseuse du solaire à sa partie distale, ainsi que des douleurs séquellaires de la sacro-iliaque gauche avec petit défaut de rotation de l'aile iliaque (p. 27). Toutes ces lésions étaient la conséquence de l'accident (p. 28). Sur le plan professionnel,

une activité essentiellement debout n'était plus exigible. Raison pour laquelle l'ancienne activité d'assistante en pharmacie était inadaptée. Un travail sollicitant fortement le membre supérieur droit et / ou au-dessus de l'horizontale ne pouvait pas être envisagé. Cependant, dans une activité essentiellement en position assise, sans déplacements trop fréquents sur des sols irréguliers, sans port de charges supérieures à 5-10 kg de manière répétitive, sans travail en suspension et au-dessus de l'horizontale du membre supérieur droit, la capacité de travail de la recourante était entière sans baisse de rendement (pp. 28, 33).

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