

# **GE\_GERICHTE ATAS/921/2018 vom 11. Oktober 2018**

GE Cour de justice, 2018-10-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_921\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_921_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/921/2018 du 11 octobre 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/921/2018 del 11 ottobre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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. 2**

a. Le délai de recours est de 30 jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b. La décision est notifiée, non pas au moment où le destinataire en prend connaissance, mais le jour où elle est dûment communiquée; s'agissant d'un acte soumis à réception, la notification est réputée parfaite au moment où la décision entre dans la sphère de puissance de son destinataire (ATF 113 Ib 296 consid. 2a). En cas de remise des envois postaux dans une boîte aux lettres ou une case postale, un envoi recommandé est également réputé communiqué le dernier jour du délai de sept jours, qui court dès réception du pli par l'office postal du domicile du destinataire (ATF 134 V 49 consid. 4).

A/4144/2017 - 13/30 - c. En l'espèce, il est établi que la décision litigieuse, datée du 5 septembre 2017, a été distribuée au conseil du recourant le 13 septembre 2017, après que celui-ci ait été avisé le 6 septembre 2017 pour retrait au guichet. Le délai de recours de 30 jours a donc commencé à courir le 14 septembre 2017 pour arriver à échéance le vendredi 13 octobre 2017, date de l'envoi par pli recommandé de l'acte de recours, que la chambre de céans a effectivement reçu le lundi 16 octobre 2017. Force est ainsi de constater que le recours, posté le 13 octobre 2017, a été interjeté dans le délai légal. Aussi le recours, qui respecte par ailleurs la forme prévue par loi (art. 61 let. b LPGA), est-il recevable.

### **E. 3**

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 du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront par conséquent citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

### **E. 4**

Le litige porte, d'une part, sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre fin à ses prestations (versement d'indemnités journalières ainsi que prise en charge du traitement

médical) avec effet au 26 avril 2014, suite à l'accident dont le recourant a été victime le 1er octobre 2011, et d'autre part, sur le droit de celui-ci à une rente de l'assurance-accidents et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

#### **E. 5**

Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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). 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 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

#### **E. 6**

L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant,

A/4144/2017 - 14/30 - le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n. U 341 p. 408 consid. 3b).

#### **E. 7**

a. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte la santé. Il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 3.1). b. En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune

incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, car l'assureur répond dans ce cas aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_694/2007 du 3 juillet 2008 consid. 4.1). c. En présence de troubles psychiques apparus après un accident, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement; les accidents insignifiants ou de peu de gravité, tels qu'une banale chute, les accidents de gravité moyenne et enfin les accidents graves. Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa):

A/4144/2017 - 15/30 - - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; - la durée anormalement longue du traitement médical; - les douleurs physiques persistantes; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb). d. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre les plaintes et un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, il y a également lieu d'abord d'opérer une classification des accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement; les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves (ATF 134 V 109 consid. 10.1; ATF 115 V 133 consid. 6). Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 117 V 359 consid. 6a). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références). Pour les accidents de gravité moyenne, en cas d'atteintes à la santé sans preuve de déficit organique consécutives à un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme cranio-cérébral, il faut que soient réunis les critères objectifs, semblables à ceux exigés en cas de troubles psychiques (ATF 134 V 109 consid. 10.2): - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions ;

A/4144/2017 - 16/30 - - l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ; - l'intensité des douleurs ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une

aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes; - et, enfin, l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré. L'examen de ces critères est effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques: ainsi, les critères relatifs à la gravité ou à la nature particulière des lésions subies, aux douleurs persistantes ou à l'incapacité de travail sont déterminants, de manière générale, sans référence aux seules lésions ou douleurs physiques (ATF 117 V 359 consid. 6a; ATF 117 V 369 consid. 4b). Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références). En cas d'accident de gravité moyenne proprement dit, la réalisation de trois des critères est suffisante (ATF 134 V 109 consid. 6.2.2, arrêt du Tribunal fédéral 8C\_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.5). e. En présence d'une séquelle qui n'est pas attribuable à une atteinte organique objectivable d'origine accidentelle, tel qu'un tinnitus, le rapport de causalité adéquate avec l'accident ne peut pas être admise sans faire l'objet d'un examen particulier comme c'est le cas pour d'autres tableaux cliniques sans preuve d'un déficit organique. Des lésions traumatiques objectivables d'un point de vue organique ne sont admises que lorsque les résultats obtenus sont confirmés par des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostiques ou d'imagerie et que les méthodes utilisées sont reconnues scientifiquement (ATF 138 V 248 consid. 5 p. 251). Cela vaut aussi pour les déficits neuropsychologiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_948/2012 du 7 mars 2013 consid. 2)

## **E. 8**

Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Si l'assuré est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGa) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGa) à 10 % au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA).

A/4144/2017 - 17/30 - L'assureur-accidents ne peut clore le cas, à savoir mettre un terme à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières, que s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3; cf. également ATAS/882/2016 du 24 octobre 2016 consid. 5c).

## **E. 9**

La plupart des éventualités assurées (par exemple maladie, accident, incapacité de travail, invalidité, 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). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des

éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 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). 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 125 V 351 consid. 3b/bb). 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

A/4144/2017 - 18/30 - 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 9C\_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

## **E. 10**

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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 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 126 V 319 consid. 5a).

## E. 11

a. En l'espèce, dans l'arrêt de renvoi du 19 septembre 2012, la chambre de céans a considéré que la causalité naturelle des troubles psychiques, soit un syndrome de stress post-traumatique, était incontestée. S'agissant de la causalité adéquate, elle a, après avoir classé l'accident en cause dans la catégorie des accidents de gravité moyenne stricto sensu, retenu que deux des sept critères posés par la jurisprudence (cf. consid. 7d ci-dessus) étaient remplis (à savoir les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques de l'accident ■ lesquelles ne revêtaient toutefois pas une intensité particulière ■ et la gravité des lésions), ce qui était insuffisant pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre l'accident et les troubles psychiques. En revanche, s'agissant des atteintes somatiques, il n'était pas établi que la blessure du recourant était guérie vu les troubles exécutifs sous forme d'un défaut d'auto-activation et d'un ralentissement, les troubles attentionnels et les difficultés de mémoire dont souffrait le recourant. Dans la mesure où l'intimée n'avait procédé à aucune investigation afin de déterminer si lesdites atteintes avaient un substrat organique, la cause lui était renvoyée pour instruction complémentaire à ce sujet. Il lui appartenait également de réexaminer le cas échéant la question de la causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident sous l'angle des nouveaux éléments médicaux, notamment pour ce qui concerne le critère de l'importance de l'incapacité de travail due aux lésions somatiques.

A/4144/2017 - 19/30 - b. L'intimée a alors confié une expertise au Dr H\_\_\_\_\_, neurologue, et à M. G\_\_\_\_\_, neuropsychologue, sur la base de laquelle elle a ensuite admis le lien de causalité adéquate entre les troubles neuropsychologiques et l'accident avant de clore le dossier avec effet au 26 avril 2014, considérant qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident à partir de cette date, et que la situation médicale du recourant était stabilisée. Quant aux troubles psychiques, elle a relevé qu'ils n'étaient pas à sa charge en l'absence d'un rapport de causalité adéquate. c. Sur le plan somatique, dans leur rapport du 17 mars 2014 et son complément du 21 mai 2014, les experts retiennent, à titre de diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, un status après TCC mineur avec fracture temporale, lame d'hématome épidural et plaie du cuir chevelu le 1er octobre 2011, un syndrome post-commotionnel majoré par des facteurs comportementaux, présents depuis le 1er octobre 2011, des troubles exécutifs, ralentissement, troubles attentionnels, troubles mnésiques en mémoire de travail et en mémoire visuelle, présents depuis octobre 2011, et une efficience intellectuelle modérément déficitaire à un test de niveau, depuis l'enfance. Ils expliquent que l'accident de 2011, associé à d'autres facteurs étrangers (soit une fatigue due à l'inversion du rythme nyctéméral, la faible efficience intellectuelle pré-traumatique, des facteurs psychiques ou comportementaux), est la cause certaine des troubles neuropsychologiques persistants. Ces troubles étaient corrélés par un substrat organique, dès lors que l'accident avait entraîné une fracture temporale droite et un hématome épidural temporo-frontal. Ainsi, ils considèrent que les atteintes neuropsychologiques constituent des atteintes de nature organique. En outre, les experts relèvent que le recourant ne suivait plus de traitements médicamenteux ou de thérapie physique en relation avec les suites de l'agression d'octobre 2011. En intégrant dans les atteintes neuropsychologiques constatées les facteurs psychiques et comportementaux, ils évaluent la capacité de travail, sur le seul plan neuropsychologique, comme étant nulle dans l'activité habituelle d'agent de sécurité et de 100 % dans une activité adaptée (manuelle simple et répétitive), avec un rendement diminué de 15 %, à compter du 1er septembre 2012. L'atteinte à l'intégrité est de 15%. Toutefois, en tenant

compte de tous les déficits cognitifs révélés dans le bilan neuropsychologique, la diminution de rendement est de 30 % et l'atteinte à l'intégrité de 20 %.

#### **E. 12**

a. La chambre de céans constate que les conclusions des experts sont fondées sur une anamnèse détaillée, des examens cliniques, le dossier médical et les plaintes du recourant. Leurs conclusions sont claires, motivées et cohérentes, de sorte que leur rapport d'expertise présente en principe valeur probante. b. Toutefois, le recourant reproche à l'intimée de ne pas avoir tenu compte des avis et rapports médicaux ressortant de son dossier de l'assurance-invalidité, notamment de l'expertise avec bilan neuropsychologique mise sur pied par l'OAI. S'il est vrai que lesdits documents, produits par le recourant, sont antérieurs à la décision

A/4144/2017 - 20/30 - litigieuse (du 5 septembre 2017), ils ne mettent pas en cause le bien-fondé des conclusions des experts du CEMed. En effet, dans le rapport du 4 décembre 2015, Mme I\_\_\_\_\_, psychologue spécialiste en neuropsychologie, observe certes des troubles sévères au niveau mnésique, attentionnel et exécutif, mais conclut que le bilan est globalement superposable au bilan de décembre 2011, avec même quelques performances légèrement meilleures. Quant au rapport du 20 février 2017 du Dr J\_\_\_\_\_, complété par un bilan neuropsychologique, effectué par Mme K\_\_\_\_\_, psychologue spécialiste en psychothérapie, il retient des diagnostics de nature psychique (modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe et dysthymie), lesquels ne sont toutefois pas pertinents dans le cadre de l'examen de la situation médicale du recourant sur le plan neuropsychologique. De surcroît, il fait état, sous l'angle neuropsychologique, des mêmes atteintes que celles soulevées par le Dr H\_\_\_\_\_ et M. G\_\_\_\_\_ (à savoir des difficultés d'attention, un trouble exécutif, un déficit léger de mémoire de travail, un ralentissement de la vitesse de traitement). Ainsi, le Dr J\_\_\_\_\_ et Mme K\_\_\_\_\_ ne mettent pas en évidence d'éléments qui auraient été ignorés dans le rapport d'expertise du CEMed ni une aggravation au niveau cognitif. Quant aux autres documents (certificat du 14 août 2013 émanant de l'unité médicale à la prison de Champ-Dollon, les rapports du Dr E\_\_\_\_\_ des 29 avril 2014, 3 décembre 2015 et

#### **E. 16**

février 2016), ils mentionnent essentiellement des troubles psychiques et non somatiques. Il s'ensuit qu'il n'y a pas d'indice mettant en cause le rapport d'expertise des Dr H\_\_\_\_\_ et M. G\_\_\_\_\_. 13. a. Au vu dudit rapport d'expertise, le recourant présente une lésion cérébrale, découlant de l'accident, à l'origine des déficits cognitifs observés (soit des troubles mnésiques, attentionnels et exécutifs). Ces déficits ne sont pas corroborés par des examens radiologiques. En effet, les experts H\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ mentionnent qu'aucun document radiologique n'était à disposition et ils n'ont pas non plus procédé à des examens radiologiques complémentaires. Toutefois, la question de savoir si les lésions sont observables sur de tels examens peut rester ouverte, au vu de ce qui suit. En effet, la causalité adéquate doit être admise sur la base des critères élaborés par notre Haute Cour pour le traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable. b. Ainsi que l'avait constaté la chambre de céans dans l'arrêt de renvoi, il y a lieu d'admettre des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou un caractère particulièrement impressionnant de l'accident, le recourant ayant vu la peau du front pendre sur son visage. Néanmoins, le caractère spectaculaire de l'agression doit être tempéré, le

recourant exerçant un métier à risque dans lequel il doit s'attendre à ce genre d'événements. L'agression est en outre survenue dans un climat déjà tendu, après que le recourant a essayé d'éloigner son agresseur du bar qu'il surveillait, ce qui a dû atténuer l'effet de surprise (ATAS/1143/2012 consid. 9).

A/4144/2017 - 21/30 - c. Il y a lieu de reconnaître que le critère de la gravité ou la nature particulière des lésions est réalisé, car le recourant a souffert en particulier d'une fracture du crâne, d'une plaie cutanée temporale droite suturée par quinze agrafes, ainsi que d'une bulle de pneumocrâne. Il a donc été touché sévèrement à la tête. d. Le critère de l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible n'est quant à lui pas rempli, le traitement ayant consisté essentiellement en médicaments et psychothérapie, ce qui ne revêt pas le caractère de pénibilité requis par la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_55/2013 du 7 janvier 2014 consid. 4.5.4). e. L'intensité des douleurs est quant à elle examinée au regard de leur crédibilité, ainsi que de l'empêchement qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4). En l'espèce, le recourant souffre, depuis son accident, de céphalées et de vertiges persistants, ainsi que des troubles mnésiques et de la concentration. On ne saurait toutefois déduire de cette énumération que les douleurs subies par l'intéressé revêtent l'intensité exigée par la jurisprudence (cf. ATF 134 V 109 consid. 10.2.4; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_55/2013 du 7 janvier 2014 consid. 4.5.5; U.83/02 du 14 octobre 2002 consid. 4.2.4), ce d'autant qu'aucune pièce au dossier ne fait état de difficultés particulières rencontrées par le recourant dans sa vie quotidienne en raison de ses douleurs. f. Le dossier ne fait état d'aucune erreur médicale. g. Le critère des difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes requiert l'existence de motifs particuliers ayant compromis la guérison (cf. Alexandra RUMO-JUNGO/ André Pierre HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4ème éd., 2011, p. 72 ad art. 6 LAA et les références). À cet égard, le simple motif que la situation d'un assuré ne connaît pas d'amélioration significative depuis la survenance d'un accident ne suffit pas (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 5). Le seul fait qu'une thérapie régulièrement suivie ne débouche pas sur une absence de douleurs non plus (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_915/2009 du 10 février 2010 consid. 4.5). Il en va de même du suivi d'un traitement médical et de l'existence de troubles importants, voire même d'une dégradation de l'état de santé psychique et physique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_68/2009 du 7 mai 2009 consid. 5.4). Au vu de ces principes, il est exclu de considérer que la situation du recourant satisfasse au critère des difficultés et/ou des complications importantes apparues au cours de la guérison. h. Enfin, en ce qui concerne l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré, ce n'est pas la durée de l'incapacité qui est déterminante, mais bien plutôt son importance au regard des efforts sérieux accomplis par l'assuré pour reprendre une activité. L'intensité des efforts exigibles doit être mesurée à la volonté reconnaissable de l'intéressé de faire tout ce qui est possible pour réintégrer rapidement le monde du travail, au besoin en exerçant une autre activité compatible avec son état de santé (ATF 134 V 109 consid. 10.2.7). En

A/4144/2017 - 22/30 - l'occurrence, certes, le recourant dispose, au niveau neuropsychologique, d'une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à un taux relativement élevé (85%) dès le 1er septembre 2012 selon le rapport d'expertise du CEMed. Toutefois, l'examen des critères ici examinés est effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques et psychiques. Or, il ressort des rapports médicaux que, sur le plan

psychique, l'incapacité de travail du recourant depuis son accident en octobre 2011 était de longue durée. En effet, dans son expertise du 2 octobre 2013, le Dr F\_\_\_\_\_ admet une incapacité de travail, du moins partielle, jusqu'en décembre 2012, soit d'une durée de 15 mois. Dans son rapport du 29 avril 2014, le Dr E\_\_\_\_\_ fait état d'un épisode dépressif sévère jusqu'en juin 2012 et d'un épisode dépressif moyen jusqu'en janvier 2013. Il évalue la capacité de travail entre 30 à 50% dès janvier 2014. Il est à noter toutefois que le psychiatre traitant diagnostique auparavant, en décembre 2011, un épisode dépressif d'intensité moyenne post- traumatique, avec une symptomatologie anxieuse et des flashbacks, une irritabilité et une fatigabilité. Puis, l'état du recourant s'est aggravé après la mesure aux EPI en décembre 2015, avec nécessité d'un traitement psychiatrique hebdomadaire et d'un traitement neuroleptique pendant six mois au minimum, selon l'expertise des Dr J\_\_\_\_\_ et Mme K\_\_\_\_\_. Certes, il n'y a pas d'efforts reconnaissables de la part du recourant pour se réinsérer dans le marché du travail. Toutefois, cela ne peut guère lui être reproché au vu du trouble dépressif moyen, du moins dans les mois qui ont suivi l'accident. Le problème psychique doit par ailleurs faire partie des plaintes psycho-somatiques typiques d'une lésion crânio-cérébrale et ne pas constituer une atteinte psychique indépendante, afin que l'incapacité de travail due aux troubles psychiques puisse être prise en compte dans l'appréciation de l'importance de l'incapacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 9.5 p. 126). Ce tableau clinique typique comprend de multiples plaintes comprenant des maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration, de la mémoire et de la vue, nausées, fatigabilité, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc. (ibidem consid. 6.2.1 p. 116). En l'occurrence, ces troubles psychiques typiques d'une lésion crânio-cérébrale sont présents, à savoir l'irritabilité, la dépression et la modification du caractère. Le recourant souffre également d'un état de stress post-traumatique. Compte tenu des troubles cognitifs et d'une symptomatologie anxio-dépressive significative, la reprise de travail a été jugée prématurée en décembre 2011, dans le rapport du 15 décembre 2011 des HUG. Cela étant, il doit être admis que les troubles psychiques faisaient au début encore partie du tableau typique et que, de ce fait, une incapacité de travail d'au moins trois mois doit être admise, d'autant plus que les troubles cognitifs sont de nature à amplifier également les troubles psychiques. Un état de stress post-traumatique doit aussi être considéré comme faisant partie des symptômes auxquels il faut s'attendre après une agression violente provoquant une lésion crânio-cérébrale importante. Demeure réservée la question de savoir si, dès 2012, l'atteinte psychiatrique doit être considérée comme une affection psychique indépendante.

A/4144/2017 - 23/30 - Une incapacité de travail d'au moins trois mois en rapport avec l'accident devant être admise, il y a lieu de retenir que le critère de l'importance de l'incapacité de travail est réalisé. h. Au vu de ce qui précède, il sied de constater que la condition du cumul de trois critères au moins – pour qu'un lien de causalité entre les déficits cognitifs observés et l'accident du 1er octobre 2011, de gravité moyenne, soit admis ■ est remplie (à savoir les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques de l'accident, la gravité des lésions, et l'importance de l'incapacité de travail). 14. Cela dit, au niveau neuropsychologique, le recourant ne suivait plus de traitement médical ou de thérapie physique après sa sortie des HUG le 7 octobre 2011. Son état est resté en outre stable, comme les différents bilans l'ont démontré. Par conséquent, l'intimée était en droit de considérer que l'état de santé du recourant était stabilisé et qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la poursuite du traitement médical une sensible amélioration de cet état. Cela vaut d'autant plus que le recourant lui-même, dans son opposition, indique que les séquelles cognitives sont stables. Aussi doit-on considérer que l'état de santé de celui-ci est

effectivement stationnaire. Dans ces conditions, l'intimée était fondée à mettre fin au paiement des indemnités journalières à partir du 26 avril 2014 et à examiner dès ce moment-là les conditions du droit éventuel à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. 15. a. Reste à déterminer si le recourant a droit à une rente d'invalidité en raison des troubles neuropsychologiques. b. 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. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 343 consid. 3.4; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). c. 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 et ATF 128 V 174). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il

A/4144/2017 - 24/30 - n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. Il correspond au revenu effectivement réalisé par l'intéressé pour autant que les rapports de travail apparaissent particulièrement stables, qu'en exerçant l'activité en question celui-ci mette pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible et encore que le gain ainsi obtenu corresponde à son rendement effectif, sans comporter d'éléments de salaire social. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales résultant des DPT établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). La jurisprudence a renoncé à donner la préférence à l'une des deux méthodes d'évaluation (cf. Jean-Maurice FRESARD, Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], vol. XIV, Sécurité sociale, 3ème éd. 2016, p. 980 n. 240). d. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3.). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire

preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_337/2009 du

## **E. 18**

a. Il convient encore d'examiner si le recourant a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure à 15 %. b. 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, 1ère 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, 2ème phrase). L'art. 22 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 [OLAA - RS 832.202]), dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2008 au 31 décembre 2015, indique que le montant maximum du gain assuré s'élève à CHF 126'000.- par an. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références).

A/4144/2017 - 28/30 - c. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_451/2009 du 18 août 2010 consid. 3.2) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 annexe 3 OLAA). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité est fixée d'après l'ensemble du dommage (art. 36 al. 3, 1ère phrase, OLAA). La Division médicale de la SUVA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). 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 dans la mesure du possible l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc; arrêt du Tribunal

fédéral 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1.2). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité dépend de la gravité de l'atteinte et se détermine d'après les constatations médicales. Son évaluation incombe 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\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2 et la référence citée). d. Selon l'art. 36 al. 2 LAA, les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité ainsi que les rentes de survivants sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident (première phrase). Toutefois, en réduisant les rentes, on ne tiendra pas compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain (seconde phrase). Partant du principe que l'assurance-accidents n'intervient que pour les conséquences des accidents, l'art. 36 al. 2, 1ère phrase, LAA prévoit donc une réduction possible des indemnités pour atteinte à l'intégrité en cas de lésions causées par des facteurs extérieurs à l'accident (comme un état maladif antérieur). L'application de cette disposition suppose néanmoins que l'accident et l'événement non assuré aient causé conjointement une atteinte à la santé et que les troubles résultant des facteurs assurés et non assurés coïncident. Par ailleurs, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que la seconde phrase de l'art. 36 al. 2 LAA n'est pas applicable aux indemnités pour atteinte à l'intégrité (arrêt du Tribunal fédéral U.376/07 du 29 juin 2007 consid. 2 publié in SVR 2008 UV n. 6 p. 19). Il s'ensuit que cette prestation peut être réduite en raison d'un état préexistant, même si cet état n'avait aucune incidence sur la capacité de gain de la personne assurée avant l'accident. En vertu de l'art. 47 OLAA, l'ampleur de la réduction des indemnités pour atteinte à l'intégrité, qui est opérée en raison de causes étrangères à l'accident, est déterminée

A/4144/2017 - 29/30 - en fonction du rôle de celles-ci dans l'atteinte à la santé; la situation personnelle et économique de l'ayant droit peut également être prise en considération (ATAS/389/2018 du 7 mai 2018 consid. 8d).

## **E. 19**

a. En l'espèce, le Dr H\_\_\_\_\_ (neurologue) et M. G\_\_\_\_\_ (neuropsychologue) ont évalué l'atteinte à l'intégrité en se référant à la table 8 des barèmes d'indemnisation des atteintes à l'intégrité de la SUVA, intitulée « Atteinte à l'intégrité pour les complications psychiques de lésions cérébrales », laquelle prévoit un taux de 20 % pour une atteinte modérée (cf. <https://www.suva.ch/materiel/documentation/table%2008%20atteinte%20a%201%20integrite%20pour%20les%20complications%20psychiques%20des%20lesions%20cerebrales>). Les experts, qui ont qualifié l'atteinte du recourant de modérée, ont fixé celle-ci à 15 % (10% [troubles neuropsychologiques] et 5 % [troubles neurologiques]). Ils ont expliqué que l'atteinte neuropsychologique était ramenée à 10 % pour tenir compte du fait qu'elle n'était que partiellement imputable à l'accident. b. Le recourant réclame le versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 100 %, en se référant au rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 18 juin 2018, lequel doute de l'impartialité des experts car ils avaient réduit le taux d'atteinte à l'intégrité au motif que des facteurs indépendants du traumatisme étaient responsables pour moitié des troubles neuropsychologiques. Force est de constater qu'aucun élément objectif n'est propre à mettre sérieusement en cause l'appréciation des experts, laquelle est conforme à l'art. 36 al. 2 LAA, qui prévoit précisément une réduction de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité en raison de causes étrangères à l'accident. Au vu de ce qui précède, le montant de l'atteinte à l'intégrité (CHF 18'900.-) octroyé au recourant ne prête pas le flanc à la critique, puisque le montant maximal du gain assuré s'élevait à

CHF 126'000.- à l'époque de l'accident ( $126'000 \times 15/100 = 18'900$ ).

**E. 20**

Cela étant, le recours sera rejeté.

**E. 21**

La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). \*\*\*

A/4144/2017 - 30/30 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant À la forme :

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