

GE_GERICHTE A/3647/2012 vom 3. September 2013

GE Cour de justice, 2013-09-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3647_2012

FR: GE_GERICHTE A/3647/2012 du 3 septembre 2013

IT: GE_GERICHTE A/3647/2012 del 3 settembre 2013

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur B _____, domicilié au Grand-Lancy, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Maurice UTZ recourant contre SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1; Lucerne intimée EN FAIT 1. Monsieur B _____ (ci-après l'assuré ou le recourant), ressortissant kosovar né en 1961, a subi un accident entraînant une fracture au poignet en 1992. La CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après la SUVA ou l'intimée) lui a versé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 % ainsi qu'une rente d'invalidité de 20 % dès le 1 er mai 1996.![endif]>![if> 2. L'assuré a travaillé en tant qu'isoleur dès le 28 juin 2004 pour X _____ SA à raison de 40 heures par semaine pour un salaire horaire de 26 fr. 75, indemnité de 2 fr. 23 pour 13 ème salaire non comprise. A ce titre, il était assuré contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la SUVA.![endif]>![if> 3. Par décision du 6 juillet 2006, la SUVA a mis un terme au versement de la rente au 1 er août 2006, au motif que la capacité de gain de l'assuré n'était plus influencée par le gain assuré. ![endif]>![if> 4. Le 21 juillet 2006, l'assuré est tombé d'une hauteur d'environ 3 mètres alors qu'il travaillait sur une échelle. Il a perdu connaissance. Retrouvé gisant sur le sol, il a été transporté aux HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG) où il subi une craniotomie. ![endif]>![if> 5. Dans un certificat du 4 août 2006, le Dr L _____ du Service de neurochirurgie des HUG a fait état d'une capacité de travail nulle depuis le 21 juillet 2006. Elle serait à nouveau totale dès le 28 août 2006. ![endif]>![if> 6. Dans leur rapport du 8 août 2006, les Drs M _____ et L _____ du Service de neurochirurgie des HUG ont diagnostiqué un hématome épidural temporal antérieur droit. L'assuré avait été victime d'un traumatisme crânio-cérébral lors de sa chute. Un scanner cérébral avait mis en évidence, outre l'hématome, une fracture de l'os malaire associée à une fracture longitudinale du rocher à droite s'étendant jusqu'à l'articulation temporo-mandibulaire et de la paroi postérieure du sinus sphénoïdal à gauche. L'assuré avait subi une craniotomie pariéto-temporale droite et une évacuation de l'hématome épidural le jour de son accident. Les suites de l'opération avaient été marquées par de violentes céphalées difficilement contrôlables, qui avaient disparu après une semaine sous l'effet d'opiacés majeurs. Les contrôles ORL avaient montré une bonne évolution de l'hémotympan droit. L'assuré avait regagné son domicile le 4 août 2006, les céphalées étant bien contrôlées sous Dafalgan® et Méfénacide® en réserve. L'incapacité de travail était totale jusqu'au 20 septembre 2006, date du prochain contrôle. ![endif]>![if> 7. L'assuré a séjourné à la CLINIQUE GENEVOISE DE MONTANA du 7 août au 1 er septembre 2006. Dans leur rapport du 11 septembre 2006, les Drs N _____ et O _____ ont fait état d'un status post-craniotomie pariéto-temporale droite et évacuation d'un hématome épidural (Z 54.0), et des comorbidités suivantes: fracture du rocher droit (S 02.1), fracture du malaire droit (S

02.4), hypoacousie à droite (H 91.9), status post ostéosynthèse pour fracture du poignet en 1992 et status post-ulcère en 1989. A l'examen clinique, les médecins ont constaté une mobilisation douloureuse de l'épaule et du genou droits, une hypoacousie à droite, un tinnitus intermittent à droite et une discrète hypoesthésie des territoires V1-V2 droits. La rotation cervicale déclenchait des vertiges, qui réveillaient l'assuré. Les épreuves cérébelleuses étaient dans les normes, l'assuré ne présentait pas de nystagmus et la force et la sensibilité étaient conservées dans les quatre membres. La thymie était neutre et l'assuré était orienté dans le temps et dans l'espace. Au cours du séjour, l'adaptation du traitement médicamenteux avait permis une légère amélioration des douleurs nociceptives. L'assuré annonçait également une amélioration de l'audition d'environ 60 % et de la sensibilité superficielle de l'hémicrâne droit. Il n'y avait pas eu de changement significatif en ce qui concernait les vertiges. ![/endif]>![if> 8. Dans son rapport du 21 septembre 2006, le Dr M_____ a indiqué que les symptômes apparus à la suite de l'accident étaient toujours présents, à plus faible intensité. Du point de vue objectif, le status neurologique était normal et la cicatrice propre et calme. L'évolution était très favorable malgré la persistance des céphalées et des vertiges, qui devraient s'amenuiser peu à peu. Il n'existait pas de contre-indication neurochirurgicale à la reprise du travail, mais il appartenait au médecin traitant de définir la reprise même partielle du travail, selon l'évolution des céphalées et compte tenu des avis des oto-rhino-laryngologues que l'assuré consultait. ![/endif]>![if> 9. Le Dr P_____, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à une radiographie et une échographie de l'épaule droite le 30 octobre 2006. Il a notamment relevé un aspect déformé avec ligne hypodense au niveau de l'extrémité distale de l'acromion, traduisant un status post-fracture, un pincement de l'espace articulaire acromio-claviculaire et une lame de liquide au niveau de l'insertion distale du tendon du sus-épineux ainsi que dans la bourse sous-acromio-deltaïdienne, évoquant un status post-rupture sans rétraction tendineuse. ![/endif]>![if> 10. Dans son rapport du 30 novembre 2006, le Dr Q_____, praticien FMH et médecin traitant de l'assuré, a fait état d'une douleur à l'épaule droite, d'irritabilité, et d'une douleur temporo-pariétale droite. Il a posé les diagnostics de traumatisme crânio-cérébral avec perte de connaissance, de probable état de stress post-traumatique, d'omalgie droite post-traumatique, d'arthralgie temporo-mandibulaire droite post-traumatique et de vertiges post-traumatiques. L'assuré suivait des séances de physiothérapie et consultait un psychiatre. L'incapacité de travail restait totale pour l'heure. ![/endif]>![if> 11. Le Dr P_____ a procédé à une arthro-IRM de l'épaule droite le 23 janvier 2007. Il a conclu à une rupture non transfixiante de la coiffe des rotateurs aux dépens du sus-épineux avec lame de liquide dans la bourse sous-acromiale, à une tuméfaction du tendon sous-scapulaire, à un status après fracture connue de l'acromion et à des signes d'arthrose acromio-claviculaire sans conflit visible. ![/endif]>![if> 12. L'employeur de l'assuré a résilié les rapports de travail pour le 31 mars 2007. ![/endif]>![if> 13. Le 5 février 2007, le Dr R_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a indiqué que l'assuré avait présenté un état dépressif dans les suites immédiates de son accident. Cet état se manifestait actuellement par une asthénie dès le réveil, une tristesse, une inquiétude quant au risque de séquelles invalidantes, un sentiment de préjudice, des troubles du sommeil, une angoisse permanente, des ruminations, des céphalées avec vertiges, une baisse de l'acuité visuelle et une irritabilité. Ce médecin a posé le diagnostic d'état de stress post-traumatique (F 43.1). L'incapacité de travail se prolongeait. ![/endif]>![if> 14. Dans son rapport du 12 février 2007, le Dr Q_____ a indiqué que l'état de l'assuré était stationnaire. Un dommage permanent était à craindre. ![/endif]>![if> 15. Les Drs

S_____ et T_____, médecins auprès du Service d'ophtalmologie des HUG, ont examiné l'assuré en date du 12 février 2007. Dans leur rapport du 14 février suivant, ils ont rapporté que celui-ci se plaignait d'avoir les yeux qui piquaient en permanence. Ils ont relevé qu'un examen du champ visuel pratiqué le 25 janvier 2007 avait mis en évidence un rétrécissement du champ visuel des deux côtés, mais l'examen par confrontation digitale paraissait normal. Un syndrome de Fuchs était présent au niveau de l'œil gauche, avec une cataracte sous-capsulaire postérieure. Au fond de l'œil, on constatait une pâleur relative au niveau de la pupille à gauche. Elle pourrait être secondaire à une infection ancienne ou le signe d'une contusion lors de l'accident. ![/endif]>![if> 16. Le 27 février 2007, l'assuré a signalé à la SUVA qu'il exerçait une activité accessoire d'entraîneur de football auprès de Y_____ FOOTBALL CLUB (Y_____) avant son accident. Sa rémunération était de 1'600 fr. par mois et il convenait de recalculer les indemnités journalières en prenant ce revenu en considération. Il a joint un décompte de salaire de 1'600 fr. pour juillet 2006 établi par Y_____. ![/endif]>![if> 17. Le 8 mars 2007, le Dr U_____, médecin à la polyclinique d'oto-rhino-laryngologie des HUG, a posé les diagnostics d'atteinte vestibulaire centrale et périphérique, de déficit auditif de transmission et de perforation post-traumatique sur fracture longitudinale du rocher. L'assuré signalait une sensation d'hypoacousie et des vertiges légers. L'examen otoscopique était dans les normes, de même que l'audiogramme. L'assuré bénéficiait d'une physiothérapie vestibulaire. Des séquelles des atteintes vestibulaires étaient à craindre. La capacité de travail devait être déterminée par le médecin traitant. ![/endif]>![if> 18. Le 2 avril 2007, Y_____ a indiqué à la SUVA que le revenu mensuel de l'assuré avait été de 800 fr. par mois de janvier à juin 2006 puis de 1'600 fr. dès juillet 2006. ![/endif]>![if> 19. Le 24 mai 2007, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE D'ASSURANCE-INVALIDITE (OAI). ![/endif]>![if> 20. Dans son rapport du 21 mai 2007, le Dr R_____ a diagnostiqué un état de stress post-traumatique (F 43.1) ainsi qu'une modification durable de la personnalité (F 62.9). L'assuré avait des ruminations, des flash-backs, des cauchemars, des troubles du sommeil, une anxiété, une anhédonie, une tendance à l'isolement et au repli social, des inquiétudes quant à l'avenir sur le plan médical et social ainsi qu'une asthénie à l'effort. Des circonstances sans lien avec l'accident jouaient un rôle dans l'évolution, car l'assuré était isolé de sa famille qui vivait au Kosovo. Des difficultés d'adaptation au long cours ainsi que des séquelles ostéo-articulaires étaient à prévoir. ![/endif]>![if> 21. Dans son rapport du 15 juin 2007, le Dr U_____ a posé le diagnostic de cupulolithiase post-traumatique gauche et d'atteinte centrale. De légers vertiges persistaient. ![/endif]>![if> 22. Le 4 octobre 2007, le Dr R_____ a repris le diagnostic d'état de stress post-traumatique (F 43.1). Les flash-backs fréquents persistaient. Ils étaient accompagnés d'anxiété, de troubles du sommeil avec cauchemars, d'une asthénie marquée, d'une difficulté à faire face à des situations trop stimulantes génératrices de céphalées et de vertiges, et d'une tendance au repli et à l'isolement social. Une perte d'activité, des limitations fonctionnelles importantes et une fragilité psychique pourraient causer un dommage permanent. ![/endif]>![if> 23. Dans son rapport du 1^{er} décembre 2007, le Dr V_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a signalé des douleurs sous-acromiales droites avec une trigger zone au niveau de l'omoplate droite, des signes d'inflammation de la coiffe des rotateurs sans rupture tendineuse cliniquement. Le diagnostic était celui de conflit sous-acromial post-traumatique de l'épaule droite. Le contexte péjoratif de l'accident et les multiples lésions subies rendraient très difficile la reprise de l'activité habituelle. ![/endif]>![if> 24. Selon le courrier du 22 février 2008 de Y_____, le revenu de l'assuré n'aurait pas connu

de modification en 2007 et 2008. !endif]>[if> 25. Le site officiel du Z _____ FOOTBALL CLUB, consulté par la SUVA en février 2008, indiquait que l'assuré était assistant entraîneur pour la saison 2007-2008. !endif]>[if> 26. A la demande de la SUVA, la Dresse W _____, spécialiste FMH en radiologie, a procédé le 10 avril 2008 à une IRM cérébrale. Elle a conclu à un hypersignal totalement cortical de petite étendue au niveau de la région temporo-basale gauche, séquelle d'un contrecoup en regard de l'hématome épidural droit. !endif]>[if> 27. Dans son rapport du 6 mai 2008, le Dr V _____ a indiqué que l'évolution objective était minime. Les douleurs à l'épaule droite persistaient. Le caractère physique de l'ancienne activité rendait la réintégration difficile, avec certains gestes impossibles à exécuter. Un changement de profession était indiqué. Une acromioplastie pourrait permettre une amélioration mais le contexte rendait sa réussite douteuse. Des infiltrations par corticoïdes montraient des effets bénéfiques, lesquels ne dureraient cependant que quelques semaines. !endif]>[if> 28. La Dresse A _____, médecin à la Division de neuro-ophtalmologie des HUG, a indiqué le 7 mai 2008 que l'assuré souffrait d'un syndrome de Fuchs, d'une neuropathie de l'œil gauche peut-être consécutive à une contusion lors de l'accident et d'un déficit vestibulaire central et périphérique. Le fond de l'œil était dans les normes mais une légère pâleur du nerf optique gauche était constatée, de même qu'un rétrécissement du champ visuel. La pression oculaire était stable et dans les normes. Un risque d'hypertension oculaire existait. L'état était stabilisé mais l'assuré souffrait encore d'un inconfort visuel et de céphalées. !endif]>[if> 29. Le 13 mai 2008, le Dr R _____ a fait état chez l'assuré de tristesse, d'anxiété, de troubles du sommeil, d'une tendance au repli et à l'isolement social et d'inquiétudes quant à l'avenir. L'état de stress post-traumatique (F 43.1), apparu dans les suites immédiates de l'accident, avait depuis évolué vers un état anxieux et dépressif mixte (F 41.2) durable. Le pronostic était défavorable, l'assuré supportant mal les anti-dépresseurs. !endif]>[if> 30. Dans son appréciation du 9 janvier 2009, la Dresse E _____, spécialiste FMH en ophtalmologie et ophtalmochirurgie et médecin auprès de la SUVA, a préconisé une périmétrie de Goldmann. Elle a considéré que le rapport de causalité entre les doléances de l'assuré et son accident était tout au plus possible mais en aucun cas vraisemblable. Tant le syndrome de Fuchs que la cyclite hétérochromique de Fuchs devaient être considérées comme des maladies. Au plan du diagnostic différentiel, seul le temps de latence des potentiels évoqués visuels pouvait être attribué à une éventuelle contusion. Toutefois, le processus contusionnel s'était déroulé à droite, raison pour laquelle cette hypothèse n'était guère vraisemblable. En conclusion, les troubles ophtalmologiques de l'assuré étaient consécutifs à une maladie. !endif]>[if> 31. Le 23 janvier 2009, l'assuré a subi un examen neuropsychologique pratiqué par le Dr F _____ et Madame C _____, neuropsychologues. Dans leur rapport, ils ont relevé que l'assuré se plaignait de sentiments dépressifs et anxieux, que les résultats de l'échelle d'auto-évaluation corroboraient. Le bilan mettait en outre en évidence un manque du mot dans des épreuves formelles de dénomination, que l'on n'observait pas dans le discours spontané, un léger dysfonctionnement exécutif caractérisé pour l'essentiel par un ralentissement, ainsi que de discrètes difficultés attentionnelles. Ce tableau était dominé par un défaut d'accès lexical semblant dépasser les limites d'acquisition du français, et évoquait un dysfonctionnement fronto-temporal qui en raison de la latéralité de l'assuré, gaucher contrarié, était difficile à localiser. Des facteurs thymiques d'ordre anxio-dépressif participaient aux difficultés observées. !endif]>[if> 32. Le 12 février 2009, le Dr G _____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de la SUVA, a examiné l'assuré. Dans son

rapport du 18 février suivant, il a résumé son dossier médical et procédé à une brève anamnèse avant de relater ses plaintes, soit une douleur à la mastication à droite et des craquements qui n'avaient pas encore été investigués. L'assuré voyait un psychiatre et avait dû mettre un terme au traitement anti-dépresseur en raison des effets secondaires importants. Les "problèmes dans sa tête" étaient majeurs. Il n'avait pu reprendre son activité d'entraîneur de football, car il s'énervait tout de suite. Il se plaignait de douleurs dans la tête, plutôt occipitales, permanentes mais moins intenses que celles éprouvées après son opération. Il faisait des cauchemars qui le réveillaient. Lors de l'examen clinique, le Dr G _____ a constaté une tendinopathie au niveau sus-épineux droit avec conservation des amplitudes articulaires de l'épaule et une possible ancienne fracture au niveau de l'acromion droit. Les troubles psychiques et neuropsychologiques étaient au premier plan et motivaient l'incapacité de travail totale. Une expertise pluridisciplinaire était ainsi nécessaire. [endif]>[if> 33. Dans son rapport du 11 mars 2009, le Dr H _____, spécialiste FMH en psychiatrie et médecin d'arrondissement auprès de la SUVA, a résumé brièvement le dossier médical de l'assuré et procédé à son anamnèse. Les plaintes de l'assuré portaient sur des douleurs "partout"; principalement au niveau de la tête mais également dans la mâchoire et dans l'hémicorps droit, touchant principalement la cheville, le genou, l'épaule et la nuque. Sa mémoire et sa concentration avaient diminué et il souffrait également d'un trouble de l'audition et de vertiges réguliers. Il était devenu plus irritable, se sentait faible, vite fatigué, et avait des troubles du sommeil avec des cauchemars le réveillant chaque nuit. Son moral était mauvais et il se disait très inquiet pour son avenir. Il avait la sensation d'être dans une sorte de brouillard, ne voyant pas d'amélioration possible à son état. Lors du status, le Dr H _____ n'a pas relevé de troubles cognitifs ni de troubles du cours et du contenu de la pensée. On constatait une symptomatologie légère, l'assuré étant tout à fait capable de modifier son expression faciale et de sourire, avec un discours ne contenant que peu de thèmes dépressifs. Le médecin n'a relevé ni ruminations, ni inhibition dépressive. Il n'y avait pas d'élément en faveur d'un éventuel trouble de la personnalité. Les diagnostics étaient ceux de troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F 43.21) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (probable) (F 45.4). Dans son appréciation, le psychiatre a noté que la symptomatologie dépressive pouvait être considérée comme chronique, trois ans après son apparition. En revanche, aucun signe d'état de stress post-traumatique chronique ou résiduel n'était mis en évidence, ce qui paraissait normal car l'assuré avait été protégé de l'impact du vécu traumatique par la perte de connaissance. Si les plaintes ne pouvaient être mises directement en lien avec une atteinte somatique, un état du registre psychosomatique, probablement un syndrome douloureux somatoforme, pourrait alors être évoqué. L'importante médicalisation pouvait se révéler contre-productive dès lors qu'elle entretenait l'idée de gravité de l'atteinte. L'évaluation actuelle ne mettait pas en évidence de troubles psychiques de sévérité suffisante pour justifier la poursuite de l'arrêt de travail, ni l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. [endif]>[if> 34. Un scanner du massif facial et cérébral, réalisé le 12 mars 2009 par le Dr I _____, spécialiste FMH en radiologie, a révélé des remaniements post-traumatiques et post-thérapeutiques avec volet osseux au niveau temporo-pariétal droit, ainsi que des irrégularités de contour compatibles avec les séquelles d'une impaction ostéocondrale de la face postérieure du condyle mandibulaire droit, sans remaniement dégénératif significatif objectivable, ainsi qu'une discrète hyperplasie muqueuse d'aspect non spécifique au niveau des cellules ethmoïdales antérieures des deux côtés. [endif]>[if> 35. Le Dr J _____, spécialiste FMH en psychiatrie et

médecin-traitant de l'assuré, a établi un rapport en date du 12 novembre 2009. Il a posé le diagnostic de trouble dépressif majeur récurrent sans symptômes psychotiques, réactionnel à un état de stress post-traumatique (F 33.2). Du point de vue objectif, il présentait une tristesse, une anhédonie, des insomnies d'endormissement, des réveils précoces, une fatigue, des troubles de la concentration, des flashbacks de l'accident et un évitement. Au plan subjectif, l'assuré signalait une tristesse, une fatigue, des troubles de la concentration et un isolement complet de ses enfants. Le Dr J_____ considérait la capacité de travail nulle. Il était important de traiter spécifiquement l'état de stress post-traumatique afin d'éviter des rechutes dépressives récurrentes. ![/endif]>![if> 36. Le 22 décembre 2009, la Dresse K_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a précisé qu'elle n'était plus le médecin traitant de l'assuré depuis août 2009. Celui-ci avait subi d'importantes séquelles physiques consécutives à son accident. Il avait développé un état de stress post-traumatique (F 43.1), lequel avait évolué vers un trouble anxio-dépressif accompagné d'importants symptômes somatiques. Au plan psychiatrique, il ne présentait pas de limitations importantes de sa capacité de travail mais la Dresse K_____ n'était pas à même de se prononcer sur la capacité de travail actuelle. ![/endif]>![if> 37. Lors d'un entretien avec la SUVA en date du 8 janvier 2010, l'assuré a décrit une douleur constante à l'épaule droite, à la nuque et des douleurs à l'oreille droite lors de la mastication avec apparition de crampes. Il considérait la reprise d'une activité impossible, compte tenu de ses douleurs continues. Il s'énervait facilement, sa tension montait et occasionnait des douleurs crâniennes. Il évitait de voir sa famille et ses amis. Il considérait que ses troubles les plus invalidants étaient ceux d'ordre psychique. Il avait essayé de reprendre le football mais n'avait pas pu assister à l'entraînement compte tenu de son état psychique. En 2009, un nouvel essai avait dû être avorté en raison de vertiges et de vomissements consécutifs à l'entraînement. Les vertiges se déclenchaient à chaque mouvement brusque ou lors de contrariétés. ![/endif]>![if> 38. Le 14 janvier 2010, le Dr J_____ a établi un nouveau rapport à l'attention de la SUVA. Il a indiqué que l'assuré se plaignait de tristesse avec anhédonie partielle, d'insomnies d'endormissement, de réveils précoces, de fatigue, de troubles de la concentration, d'énervement, d'idées suicidaires passagères sans projet de passage à l'acte actuellement, de flashbacks, de cauchemars et d'évitement. L'assuré n'avait pas d'antécédent psychiatrique avant l'accident. Le Dr J_____ a rappelé son anamnèse familiale et réaffirmé que l'assuré avait présenté un état de stress post-traumatique dans les mois ayant suivi l'accident. Par la suite, il avait présenté au moins trois épisodes dépressifs majeurs. La thymie s'améliorait depuis deux mois grâce à une prise en charge plus intensive. Les constatations objectives étaient identiques aux plaintes. Le Dr J_____ a repris les diagnostics d'épisode dépressif récurrent sévère sans symptômes psychotiques (F 33.2) et d'état de stress post-traumatique (F 43.1). Une amélioration de l'état de santé pouvait être espérée dans les 6 à 12 mois. La capacité de travail en tant qu'isoleur était définitivement nulle, compte tenu de l'état de stress post-traumatique. Dans une activité adaptée, sans chantier ni stress, telle qu'entraîneur sportif, une capacité de travail partielle d'environ 50 % pourrait être retrouvée environ une année plus tard. ![/endif]>![if> 39. Madame D_____, psychologue, a également adressé un rapport à la SUVA en date du 21 janvier 2010, au contenu pratiquement identique à celui du Dr J_____. Cette spécialiste a toutefois précisé au chapitre des plaintes et des constatations objectives que l'assuré présentait en sus des autres doléances une nervosité entraînant des céphalées de tension. ![/endif]>![if> 40. Dans le cadre de l'expertise neurologique confiée par la SUVA au Pr LA_____, spécialiste FMH en neurologie et médecin aux HUG, l'assuré a subi un examen

neuropsychologique les 24 février et 11 mars 2010, réalisé par le Dr F_____.

!endif]>![if> Dans leur rapport, le Pr LA_____ et le Dr F_____ ont signalé au plan amnestique la présence de céphalées chroniques et invalidantes ainsi qu'une composante anxio-dépressive corroborée par un questionnaire d'auto-évaluation. Un ralentissement et une fatigabilité, qui pourraient s'expliquer à tout le moins en partie par l'état algique de l'assuré, étaient relevés. Ce dernier présentait en outre un défaut d'accès lexical dans les épreuves psychométriques orales et de nombreuses erreurs à l'écrit évoquant principalement un défaut d'acquisition; un dysfonctionnement exécutif modéré caractérisé principalement par un défaut d'auto-activation; un déficit mnésique en modalité verbale et des troubles de l'attention en modalité visuelle avec des temps de réaction déficitaires et des omissions de cibles dans l'extrémité du champ visuel droit dans une tâche complexe. En comparaison avec le bilan du 23 janvier 2009, les experts ont noté la persistance d'un défaut d'accès lexical, des difficultés exécutives et attentionnelles ainsi que de moindres performances en mémoire épisodique verbale, actuellement déficitaires alors qu'elles étaient dans la norme inférieure lors du précédent bilan. Ce tableau restait compatible avec un dysfonctionnement fronto-temporal prédominant à gauche, sous l'hypothèse d'une latéralisation usuelle des fonctions langagières chez ce patient gaucher contrarié. Le Pr LA_____ et le Dr F_____ observaient en outre un état algique chronique et invalidant ainsi que des signes de nature anxio-dépressive. Si une participation médicamenteuse ne pouvait être exclue, ils étaient d'avis que les lésions cérébrales séquellaires, l'état algique chronique et la composante thymique pouvaient expliquer les troubles cognitifs constatés. Le Pr LA_____ et le Dr LB_____ ont complété le bilan neuropsychologique par un rapport rédigé le 20 avril 2010. Après un recensement des documents médicaux et des antécédents de l'assuré, ils ont posé à l'issue du status les diagnostics de céphalées post-traumatiques chroniques et cervicogènes et de dysfonctionnement exécutif modéré post-traumatique. L'assuré se plaignait d'un changement de caractère depuis son accident, sous forme d'une irritabilité et d'un manque de concentration, de troubles de la mémoire, de vertiges déclenchés par des mouvements brusques de la tête et de maux de tête de plusieurs types. Une des douleurs se situait dans la région temporale droite, elle était quotidienne et accentuée par la mastication. La deuxième douleur se situait en occipital et apparaissait en cas de stress ou lorsque l'assuré était en présence de beaucoup de gens. Elle était ressentie comme pulsatile. L'assuré signalait également des douleurs à l'épaule droite, des troubles du sommeil et des cauchemars lors de l'endormissement. Lors de l'examen neurologique, les experts ont constaté des troubles persistants en rapport probable avec les lésions connues temporales gauches et temporales droites et temporo-basales gauches, et une légère aggravation depuis 2009, en lien avec une composante extra-accidentelle probablement psychique. Les contrôles post-opératoires avaient montré une bonne évolution sans complication chirurgicale et l'IRM du 10 avril 2008 ne révélait ni anomalie du côté de l'ancien hématome épidual, ni anomalie sous-corticale, ni anomalie au niveau du lobe frontal droit, mais une discrète hyperintensité au niveau temporo-moyen droit et dans la région temporo-basale gauche, interprétée comme le contrecoup en regard de l'hématome épidual droit. Aucune anomalie ne parlait en faveur d'une atteinte axonale diffuse. Les experts considéraient que le déficit cognitif avait deux origines. L'origine majeure était accidentelle, correspondant à une atteinte modérée avec une certaine diminution de rendement, actuellement stabilisée. Les discrets déficits attentionnels latéralisés, le dysfonctionnement exécutif et le déficit mnésique en modalité verbale allaient dans ce sens. Il y avait en outre une fatigabilité, une aggravation

de la mémoire depuis l'année précédente et un ralentissement qui paraissaient plus d'origine thymique. Enfin, l'assuré avait une représentation très sévère de son accident. Il était important de le rassurer sur son atteinte, qui restait modérée dans la mesure où la récupération était satisfaisante dans les activités de la vie quotidienne, même si elle avait une incidence sur le rendement. S'agissant des céphalées, des arguments anamnestiques évoquaient une composante essentiellement post-traumatique avec une participation cervicogène. 41. Le 16 juin 2010, le Dr LC_____, spécialiste FMH en neurologie et psychiatrie et médecin auprès de la SUVA, a procédé à l'appréciation neurologique du cas. Après avoir pris connaissance du dossier et analysé les documents d'imagerie, il s'est rallié au point de vue du Pr LA_____ et du Dr F_____ quant à l'analyse des tests neuropsychologiques. Pour le Dr LC_____, la dégradation par rapport au bilan 2009 témoignait d'un résultat atypique dans le cadre de lésions cérébrales accidentelles et révélait l'influence de facteurs étrangers à l'accident. La lenteur constatée lors de tâches neuropsychologiques n'avait la plupart du temps pas d'origine organique. Les déficits neuropsychologiques fondés sur des altérations organiques cérébrales pouvaient être classés dans la catégorie "3.3 Atteintes modérées" selon les critères de la table 8 SUVA relative aux atteintes à l'intégrité pour les complications psychiques des lésions cérébrales. Les résultats d'examen neuropsychologiques ne décrivaient pas de déficit reproductible susceptible d'entrer dans la catégorie des atteintes moyennes selon cette table. [endif]>![if> S'agissant du volet neurologique de l'expertise, le Dr LC_____ a relevé qu'elle ne décrivait aucun déficit reproductible et objectivable. Le Pr LA_____ et le Dr LB_____ avaient imputé les déficits cognitifs subjectifs tant à l'accident qu'à la thymie sans indiquer pour quels motifs ils donnaient un poids plus important aux suites accidentelles. En ce qui concernait les céphalées post-traumatiques avec des composantes cervicogènes, le spécialiste de la SUVA était d'avis qu'elles étaient imputables à des facteurs indépendants de l'accident, d'autant plus qu'aucun traumatisme important du rachis cervical n'avait été mis en évidence. De plus, bien qu'expressément interrogés sur la possibilité que les céphalées soient causées par des abus médicamenteux (medication overuse headache [MOH]), les experts ne s'étaient pas formellement prononcés et aucun bilan sérologique n'avait été réalisé. Pourtant, l'assuré ingérait quotidiennement trois à cinq comprimés de Co-Dafalgan®, ce qui constituait un argument de poids en faveur de MOH. Les céphalées signalées en avril 2010 ne pouvaient plus s'expliquer à ce moment-là par des lésions organiques ou structurelles résultant de l'accident de juillet 2006. Par ailleurs, les maux de tête constituaient en principe un symptôme subjectif ne conduisant qu'exceptionnellement à une restriction de l'aptitude au travail. Aucune lésion importante, organique ou structurelle, du système nerveux central ou périphérique n'était mise en évidence en 2010. Seuls les discrets déficits neuropsychologiques s'expliquaient par l'accident et donnaient droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de l'ordre de 20 %. Ils n'entraînaient pas de restriction sur le temps de travail mais une diminution de rendement de 10 % était prévisible. L'assuré ne pouvait exercer d'activité comportant des exigences élevées au plan cognitif, et une réorientation dans une activité de ce type était déconseillée. Le rendement physique n'était pas entamé du point de vue neurologique. Aucun traitement n'était indiqué. Les douleurs orthopédiques et les troubles psychiques devaient encore faire l'objet d'examen complémentaires. 42. Dans son rapport du 25 juin 2010, le Dr V_____ a diagnostiqué un conflit sous-acromial de l'épaule droite et des céphalées post-traumatiques. Le conflit sous-acromial restait léger, la rotation était normale, l'élévation antérieure de 120° et latérale de 90°. La reprise du travail n'était pas prévue. [endif]>![if> 43. Le Dr

G_____ a complété son appréciation le 1^{er} septembre 2010. Il a confirmé que les problèmes "au niveau de la tête" représentaient les doléances les plus importantes de l'assuré. Ces troubles l'avaient empêché de reprendre son activité d'entraîneur de football. A l'examen clinique, au niveau de l'épaule droite, l'abduction atteignait 160° avec quelques douleurs en fin d'amplitude, ce qui ne correspondait pas aux constatations du Dr V_____. La tendinopathie du sus-épineux droit n'avait un rapport de causalité qu'au mieux possible avec l'accident. Du point de vue de l'appareil locomoteur, les conclusions de l'examen du 12 février 2009 étaient maintenues. 44. Le Dr H_____ a une nouvelle fois examiné l'assuré le 11 août 2010. Dans son rapport du 18 août suivant, il a complété l'anamnèse psychiatrique. Les plaintes subjectives de l'assuré étaient dans l'ensemble superposables à celles recueillies en mars 2009. L'assuré indiquait une sensation de faiblesse constante avec des vertiges qui le handicapaient dans ses sorties, devenues très rares. Au status, le Dr H_____ n'a pas relevé de trouble du cours ou du contenu de la pensée. L'assuré affichait une mimique triste, restant figé sur sa chaise avec le regard dans le vague. La voix était faible et monocorde mais il pouvait parfois esquisser un sourire. Il déclarait que son appétit était diminué et qu'il avait parfois des idées suicidaires, sans projet de passage à l'acte. Il décrivait des formes de réminiscences de son accident, qui ne représentaient toutefois pas cet événement puisqu'il n'en avait aucun souvenir. Il n'y avait pas d'élément évoquant un trouble de la personnalité. Le diagnostic était celui de trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2). Il était difficile d'apprécier de manière fiable l'intensité de la symptomatologie dépressive, problème également rencontré par les différents thérapeutes de l'assuré, qui n'avaient de plus pas réussi à mettre en place un suivi thérapeutique efficace. De grandes divergences dans l'appréciation de la capacité de travail par les psychiatres traitants étaient également constatées et le Dr H_____ se demandait si l'assuré n'avait pas changé de psychiatre parce que la Dresse K_____ avait attesté d'une capacité de travail totale. Une symptomatologie du registre anxieux avec une inquiétude face à l'avenir était également présente. Le Dr H_____ ne retenait toujours pas d'état de stress post-traumatique, contrairement aux Drs R_____ et J_____ – pourtant spécialistes de la question – parce que l'assuré ne se souvenait pas de l'accident subi, que la description des réminiscences restait vague et que celles-ci étaient moins fréquentes. Il ne relevait pas d'hyperréactivité ni de conduites d'évitement en lien avec l'accident. Enfin, le Dr H_____ a fait état d'une symptomatologie algique importante, qui l'avait lors d'un précédent examen amené à évoquer un trouble somatoforme douloureux. En conclusion, il était difficile de se prononcer sur la symptomatologie psychique de l'assuré, laquelle était largement chronicisée. La seule anamnèse et les plaintes persistantes dans le temps ne suffisaient pas à se faire une idée précise du handicap psychosocial. L'entretien ne permettait pas d'établir si l'assuré était capable ou non de certaines activités. Quels que soient les diagnostics posés, un processus d'invalidation était au premier plan. Partant, le Dr H_____ ne pouvait se prononcer sur une éventuelle atteinte à l'intégrité pour des raisons psychiques. Une expertise pluridisciplinaire devait être envisagée. 45. Le 15 octobre 2010, le Dr LC_____ a complété son appréciation en se déterminant sur les nouveaux rapports médicaux. Il a contesté l'origine traumatique des céphalées attestée par le Dr V_____. S'agissant de l'atteinte psychique, il a noté que la compliance médicamenteuse n'avait pas été mesurée. Enfin, le Dr G_____ n'avait pas relevé de signe d'une atteinte physique importante. Le Dr LC_____ a réaffirmé que l'atteinte neuropsychologique et cognitive était modérée et qu'elle ne justifiait pas de limitations dans une activité

d'entraîneur d'une équipe de football. Selon les renseignements à disposition, l'assuré était d'ailleurs entraîneur assistant de Z_____ FOOTBALL CLUB en 2008.![endif]>![if> 46. Le 8 novembre 2010, le Dr J_____ a établi un rapport aux termes duquel l'assuré souffrait d'épisodes dépressifs récurrents d'intensité moyenne à sévère, l'épisode actuel étant en rémission partielle. Il présentait également un état de stress post-traumatique invalidant. Ces atteintes étaient retenues en fonction des critères diagnostiques de la CIM-10. Il existait une causalité entre l'accident, les troubles dépressifs récurrents et l'état de stress post-traumatique. Selon l'anamnèse, l'assuré n'avait aucun antécédent psychiatrique avant 2006. En revanche, les douleurs fluctuantes n'étaient pas imputables à l'accident si elles n'avaient aucun substrat organique et elles n'étaient pas invalidantes du point de vue psychique, mais cette question sortait du domaine de compétence du Dr J_____. Les symptômes dépressifs et relatifs à l'état de stress post-traumatique ainsi que les troubles de la concentration étaient invalidants à 100 % dans l'activité exercée. Le traitement par séances hebdomadaires avec Mme BA_____ et le Dr J_____, complété par l'administration de fluoxétine, de prégabaline et de zolpidem avait permis d'améliorer la thymie de l'assuré, ainsi que l'anhédonie, la fatigue et les idées suicidaires. Le Dr J_____ s'est déterminé sur le rapport du Dr H_____ en relevant que le changement de psychiatres était lié à des changements de personnel dans le centre médical où l'assuré était soigné, et non au fait que la Dresse K_____ aurait considéré que la capacité de travail était entière. La variation dans l'appréciation de la capacité de travail par les thérapeutes s'expliquait par la fluctuation des symptômes. Le psychiatre a en outre souligné la compliance de l'assuré au traitement, qui avait été utile à ce dernier même s'il pouvait peut-être être optimisé. S'agissant de l'état de stress post-traumatique, le Dr J_____ a souligné le caractère contradictoire des constats du Dr H_____, qui affirmait que l'assuré ne se souvenait de rien tout en faisant état de réminiscences. Des stratégies d'évitement (peur d'approcher un chantier, angoisses intenses avec des flashbacks d'une chute) avaient de plus été constatées par le psychiatre traitant. Ce dernier admettait pour le surplus qu'il était difficile de se prononcer sur la symptomatologie de l'assuré, d'autant plus que sa pathologie psychiatrique n'était pas encore stabilisée. La perspective d'une reconversion professionnelle devrait être envisagée progressivement dans les prochains mois. Le Dr J_____ préconisait une collaboration constructive entre les intervenants, qui permettrait de diminuer les risques d'un processus d'invalidation.![endif]>![if> 47. A la demande de l'assuré, le Pr LA_____ a précisé par courrier du 10 novembre 2010 que l'atteinte neuropsychologique était modérée. Cumulée aux céphalées, elle entraînait une incapacité de travail de 40 %. Ces maux étaient imputables à l'accident, à l'exception de l'état dépressif anxieux. La composante médicamenteuse n'expliquait pas les céphalées. ![endif]>![if> 48. Dans son courrier du 15 novembre 2010 à l'assuré, le Dr V_____ a évoqué les diagnostics de syndrome post-commotionnel et post-hématome intra-cérébral important avec troubles mnésiques et surtout céphalées à répétition. Il présentait en outre un conflit sous-acromial de l'épaule droite, avec une tendinite de passage lors des mouvements. En l'absence d'antécédent à cette articulation, le Dr V_____ avait considéré que cette atteinte était liée à la contusion de la coiffe des rotateurs lors de la chute. Il était difficile de prouver la causalité au degré de la vraisemblance prépondérante pour cette atteinte. Les symptômes neurologiques et neuropsychologiques, entraînant une incapacité de travail totale, étaient liés de manière certaine à l'accident. L'atteinte à l'épaule l'était de manière hautement probable. Elle entraînait une incapacité de travail complète dans une activité de force ou exigeant des

mouvements répétitifs de l'épaule, mais non dans un travail sédentaire ou peu physique. Le Dr V_____ a signalé que la situation orthopédique était stabilisée. Il y avait lieu de procéder à une nouvelle appréciation en raison des troubles neuropsychologiques.![endif]>![if> 49. Le 22 novembre 2010, l'assuré a adressé des observations à la SUVA. Il s'est notamment référé au courrier du 10 novembre 2010 du Dr V_____ en alléguant que ce dernier avait attesté d'une incapacité de travail totale et établi un lien de causalité entre ses troubles et l'accident subi. Reprenant le rapport du Dr J_____ du 8 novembre 2010, l'assuré a affirmé qu'il souffrait bien d'un état de stress post-traumatique en lien avec son accident. Quant au Pr LA_____, dans son courrier du 10 novembre 2010, il avait évalué l'incapacité de travail à 40 % en raison des céphalées et de l'atteinte neuropsychologique et confirmé le lien de causalité entre les céphalées et l'accident, celles-ci n'étant pas dues à un abus de médicament. Compte tenu des différentes appréciations de ces médecins, sa capacité de travail était nulle et son invalidité totale.![endif]>![if> 50. Le 1^{er} décembre 2010, le Dr H_____ a confirmé ses précédents rapports. Il a cependant noté que le Dr J_____ admettait que la symptomatologie psychique de l'assuré était fluctuante. Dans la mesure où celle-ci persistait, il y avait lieu de s'interroger sur le processus à l'origine de cette évolution négative.![endif]>![if> 51. Le Dr G_____ a complété son appréciation le 9 décembre 2012. Il a rappelé que lors de son examen de février 2009, l'assuré n'avait formulé aucune plainte relative à son épaule droite. Les amplitudes étaient normales. Ainsi, les amplitudes mesurées postérieurement ne pouvaient avoir d'origine traumatique. Pour le médecin d'arrondissement, la tendinopathie n'avait de lien qu'au plus possible avec l'accident.![endif]>![if> 52. Le 16 décembre 2010, la SUVA a indiqué à l'assuré qu'il n'y avait plus lieu d'attendre du traitement une amélioration notable des suites de l'accident. Elle mettait donc fin à la prise en charge du traitement, hormis des contrôles occasionnels et les médicaments contre les douleurs. Afin de permettre à l'assuré de trouver un poste adapté, des indemnités journalières complètes lui seraient versées jusqu'au 30 avril 2011. La SUVA examinerait le droit à une rente à cette date.![endif]>![if> 53. Dans un document interne du 6 mai 2011, la SUVA a défini cinq postes de travail adaptés à l'assuré parmi les descriptifs de postes de travail (DPT), en tant qu'aide de cafétéria, collaborateur de production, gestionnaire en logistique et distribution, collaborateur de production et praticien en logistique. Le revenu moyen tiré de ces activités était de 53'835 fr. 40 en 2011.![endif]>![if> 54. Par décision du 21 septembre 2011, la SUVA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 25 %, soit 1'351 fr., dès le 1^{er} mai 2011. Le gain assuré était de 81'043 fr. L'activité d'isoleur ne mettant pas à contribution l'aspect cognitif, elle pouvait être exercée à 90 %. Des activités telles qu'ouvrier d'usine, collaborateur de production etc. étaient également exigibles et pourraient procurer à l'assuré un revenu de 4'038 fr., 13^{ème} salaire inclus, compte tenu d'une baisse de rendement de 10 %. La comparaison avec le revenu de 5'352 fr. réalisé avant l'accident aboutissait à un degré d'invalidité de 25 %. L'activité en tant qu'entraîneur n'étant pas contre-indiquée, la SUVA n'en tenait pas compte dans ses calculs. S'agissant des troubles psychogènes, ils n'étaient pas en lien de causalité adéquate avec l'accident et ne donnaient dès lors pas droit à des prestations. De plus, une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 %, soit 21'360 fr., était octroyée à l'assuré.![endif]>![if> 55. L'assuré, par son mandataire, s'est opposé à la décision de la SUVA par écriture du 20 octobre 2011. Il a contesté que sa capacité de travail ne fût réduite que de 10 %, affirmant que celle-ci était nulle en raison de ses troubles neurologiques et physiques. Les troubles psychiques étaient par ailleurs en lien avec son accident, d'une gravité particulière. L'incapacité de travail en tant qu'entraîneur de football

devait également être prise en compte dans le gain assuré. Le gain annuel précédant l'accident de juillet 2006 était de 70'976 fr. auprès de X_____ SA. Le droit à la rente naissant en septembre 2011, soit plus de cinq ans après son accident, il y avait lieu de tenir compte du revenu qu'il aurait réalisé l'année précédant l'ouverture du droit. Compte tenu d'une évolution de 4.1 % de l'indice suisse des prix à la consommation entre juillet 2006 et septembre 2011 et d'une augmentation réelle des salaires estimée à 100 fr. par mois, soit 12'000 fr. au total (sic), son revenu aurait été de 85'434 fr. en 2011. Le salaire réalisé auprès de Y_____ aurait été de 19'200 fr. par année. Le gain à prendre en considération s'élevait dès lors à 105'034 fr. L'assuré contestait également le taux retenu pour l'atteinte à l'intégrité, qu'il estimait à 40 % au moins. Il a soutenu être au bénéfice d'une rente de 20 % depuis le 1^{er} mai 1996 à la suite d'un précédent accident et des séquelles à son poignet. Partant, une rente de 25 % était dérisoire compte tenu des atteintes subies.![endif]>![if> 56. Dans son rapport du 16 mai 2012, la SUVA a noté que selon les renseignements pris auprès du secrétaire général de Y_____, l'assuré avait perçu un salaire mensuel de 800 fr. du 1^{er} juillet 2005 au 30 juin 2006. Il n'avait perçu qu'un acompte de 500 fr. pour le mois de juillet. La feuille de salaire établie le 4 août 2006 était un faux, Y_____ n'en avait pas trace dans sa comptabilité. Par ailleurs, la lettre du 2 avril 2007, dont Y_____ n'avait pas de copie, comportait une anomalie. En effet, le document aurait dû être signé par deux personnes et ne correspondait pas à la mise en page habituelle. Elle était signée par le président de Y_____, qui était un ami de l'assuré. ![endif]>![if> 57. Mandatée par l'OAI, la Dresse LD_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a procédé à l'expertise de l'assuré le 28 mars 2012. Dans son rapport du 20 avril suivant, elle a résumé les rapports émanant des psychiatres traitants et s'est référée à l'expertise rhumatologique réalisée pour le compte de l'OAI par le Dr LE_____, spécialiste FMH en rhumatologie, lequel avait conclu à une capacité de travail de 80 % dans l'activité d'ouvrier en isolation et à une capacité entière dans une activité adaptée. Après l'anamnèse et l'examen clinique, l'experte a retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de névrose de compensation (F 68.0), de trouble mixte de la personnalité avec prédominance de traits paranoïaques (F 61.0 et F 60.0) et de status après notions de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F 33.4). Du point de vue psychique, la capacité de travail était entière dans l'activité habituelle. ![endif]>![if> 58. Le 20 septembre 2012, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des prestations en retenant un degré d'invalidité de 17 %. ![endif]>![if> 59. Par décision du 31 octobre 2012, la SUVA a écarté l'opposition. S'agissant de la base de calcul du gain assuré, elle a souligné que le droit à la rente était né moins de cinq ans après l'accident, de sorte que le revenu réalisé entre le 21 juillet 2005 et le 20 juillet 2006 était déterminant. Le salaire obtenu auprès de Y_____ était de 8'322 fr. 60 durant cette période, soit 800 fr. par mois d'août 2005 à juin 2006 et 322 fr. 60 du 1^{er} au 20 juillet 2006, soit le pro rata de 500 fr. pour le mois. Le salaire réalisé auprès de X_____ SA l'année précédant l'accident devait être fixé à 70'976 fr., comme l'indiquait l'assuré. Le gain assuré était ainsi de 79'249 fr. (soit 70'976 fr. et 8'322 fr.), et non 81'043 fr. La SUVA a toutefois renoncé à réformer son calcul au détriment de l'assuré. Quant au degré d'invalidité, elle a considéré en se référant à l'appréciation du Dr LC_____ que l'assuré pouvait reprendre à 90 % une activité ne sollicitant pas ses facultés cognitives et a retenu les revenus correspondant aux DPT sélectionnés. Le revenu moyen tiré de ces activités exercées à 90 % était inférieur de 24.5 % au revenu sans invalidité. La rente était dès lors arrondie à 25 %. La SUVA a retenu que c'était également à juste titre qu'elle avait nié sa responsabilité pour l'atteinte psychique, à défaut de lien de causalité adéquate. Elle a

rappelé que ni la Dresse LD_____ ni le Dr H_____ n'avaient retenu d'incapacité de travail pour des motifs psychiques. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité devait également être confirmée, dès lors que celle-ci reposait sur des données médicales et correspondait aux tables élaborées par la SUVA. Or, l'assuré n'avait amené aucun élément permettant de remettre en cause l'appréciation du Dr LC_____ sur ce point.

!endif]>![if> 60. Par acte du 3 décembre 2012, l'assuré interjette recours contre la décision. Il conclut, sous suite de dépens, préalablement à l'octroi d'un délai pour compléter son recours, à son audition et à celle de ses médecins traitants, et au fond à l'annulation de la décision, à l'octroi d'une rente de 100 % et à ce que la Cour de céans constate l'existence d'une atteinte à l'intégrité de 40 %. Il expose notamment qu'il a recouru contre la décision de l'OAI et conteste l'appréciation de la Dresse LD_____. Il allègue que son atteinte neurologique entraîne une incapacité de travail totale, conformément aux conclusions du Dr V_____. S'agissant du gain assuré, il reprend le calcul développé dans son opposition concernant le revenu qu'il aurait réalisé en 2010 chez X_____ SA mais admet que le gain en tant qu'entraîneur est de 8'322 fr. 60, comme l'a calculé l'intimée. Le gain assuré est ainsi de 94'156 fr. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité doit être fixée à 40 % compte tenu des considérations médicales en l'espèce. !endif]>![if> 61. A la demande du recourant, la Cour de céans lui a imparti un délai au 15 janvier 2013 pour compléter son recours, ce qu'il n'a pas fait. !endif]>![if> 62. Saisie d'un recours contre la décision de l'OAI, la Cour de céans l'a admis par arrêt du 30 janvier 2013 (ATAS/86/2013). Elle a considéré que l'OAI n'avait pas procédé aux mesures d'instruction nécessaires pour déterminer l'incidence de troubles neurologiques sur la capacité de travail du recourant, contrairement à ce qu'avait préconisé le Dr LE_____, et a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. !endif]>![if> 63. Dans sa réponse du 19 mars 2013, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle rappelle qu'elle ne répond que des atteintes qui sont en lien de causalité naturelle et adéquate avec un événement assuré. Elle allègue qu'il n'existe aucun motif de s'écarter de l'appréciation du Dr LC_____ sur la capacité de travail et le taux d'indemnisation de l'atteinte à l'intégrité. L'appréciation du Dr V_____ du 15 novembre 2010 n'amène en particulier aucun élément nouveau susceptible de modifier cette appréciation. Quant aux troubles psychiques, l'intimée ne conteste pas leur existence mais affirme que sa responsabilité n'est pas engagée. Ils sont en effet apparus seulement quelques mois après l'accident. Ils sont devenus prépondérants, de sorte qu'il y a lieu de vérifier s'ils sont en lien de causalité adéquat avec l'accident à la lumière des critères développés par la jurisprudence, c'est-à-dire en prenant uniquement en considération les troubles psychiques. Or, l'accident subi par le recourant est de gravité moyenne. En effet, le scanner du 21 juillet 2006 n'a mis en évidence aucun signe lésionnel. Quant à la durée du traitement médical, elle est restée dans la norme. L'évolution était en effet qualifiée de bonne lors du séjour à la Clinique de Montana. On ne doit par ailleurs déplorer aucune erreur médicale dans le traitement. Enfin, les circonstances concomitantes ne sont pas particulièrement dramatiques. Partant, un lien de causalité adéquate doit être nié. Tel serait le cas également si ces critères devaient être analysés en tenant également compte de l'incidence des troubles psychiques, conformément à la jurisprudence en matière de coup du lapin. Par surabondance, l'intimée affirme que ces troubles n'ont quoi qu'il en soit aucune incidence sur la capacité de travail du recourant, conformément aux appréciations des Drs H_____, K_____ et LD_____. !endif]>![if> 64. Par courrier du 23 mars 2013, la Cour de céans a imparti un délai au 15 avril 2013 au recourant pour consulter les pièces du dossier et déposer des observations. !endif]>![if>

65. Ce délai ayant expiré sans avoir été utilisé, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RSG E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} 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. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. 3. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA). 4. Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant et sur l'indemnité pour l'atteinte à l'intégrité. 5. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA). a) 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). L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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 (art. 7 LPGA). 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). A teneur de 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. b) L'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (ATFA non publié I 15/06 du 21 décembre 2006, consid. 2.2). La notion d'invalidité définie à l'art. 8 LPGA, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2d ; ATFA non publié I 853/05 du 28 décembre 2006, consid. 4.1.1). L'assureur-accidents n'est cependant pas lié par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-invalidité, notamment lorsqu'elle a été faite de manière contraire à la loi ou qu'elle tient compte d'éléments invalidants dont l'assurance-accidents n'a pas à répondre (ATFA non publié U 119/00 du 6 octobre 2000, consid. 4). c) Pour déterminer le revenu sans invalidité avant un accident, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé utiliser pleinement sa capacité de travail. Peu importe de savoir si l'assuré mettait à profit, entièrement ou partiellement seulement, sa capacité de travail; ces éléments sont pris en compte au travers du montant du gain assuré (ATF non publié 8C_708/200 du 21 août 2008, consid. 5.5). Lorsqu'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on prendra en compte le revenu qu'il obtenait dans le poste occupé jusqu'alors (RAMA 2006 n° U 568 p. 66, consid. 2; ATF non publié 8C_708/2007 du 21

août 2008, consid. 5.5). La prise en compte des gains accessoires intervient sans égard au rendement et au temps consacré pour leur obtention. Elle s'étend donc aux revenus obtenus dans une activité accomplie en supplément d'un emploi exercé dans les limites d'un horaire de travail normal (ATF non publié 8C_676/2007 du 11 mars 2008, consid. 3.3.2). Les revenus réalisés dans des activités accessoires ne sont pris en compte dans le revenu sans invalidité que si l'on peut admettre que l'assuré aurait continué, selon toute vraisemblance, à les percevoir sans la survenance de l'atteinte à la santé. En d'autres termes, la prise en compte d'un revenu accessoire suppose un lien entre l'atteinte à la santé et la cessation de l'activité s'y rapportant (ATF non publié 8C_274/2009 du 3 décembre 2009, consid. 6 et les références). d) S'agissant de la fixation du revenu d'invalidé, ce n'est pas le fait que l'assuré mette réellement à profit sa capacité résiduelle de travail qui est déterminant, mais bien plutôt le revenu qu'il pourrait en tirer dans une activité raisonnablement exigible. Le caractère raisonnablement exigible d'une activité doit être évalué de manière objective, c'est-à-dire qu'on ne peut simplement tenir compte de l'appréciation négative par l'assuré de l'activité en cause. En application de ce principe, la jurisprudence admet très largement le caractère exigible d'une activité (Ulrich MEYER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2^{ème} éd., p. 294ss). Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa), ou de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT). La détermination du revenu d'invalidé sur la base des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié ni admissible (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3). 6. 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; ATF non publié 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 (ATF non publié 8C_336/2008 du 5 décembre 2008, consid. 3.1). 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; ATF non publié 8C_694/2007 du 3 juillet 2008, consid. 4.1). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement

(ATF 117 V 359 consid. 6; ATF 8C_339/2007 non publié du 6 mai 2008, consid. 2.1). b) 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 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. En présence d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, un lien de causalité adéquate peut, en règle générale, être d'emblée nié, tandis qu'en principe, elle doit être admise en cas d'accident grave. Ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'un accident de peu de gravité peut constituer la cause adéquate d'une incapacité de travail et de gain d'origine psychique. Il faut alors que les conséquences immédiates de l'accident soient susceptibles d'avoir entraîné les troubles psychiques et que les critères applicables en cas d'accident de gravité moyenne se cumulent ou revêtent une intensité particulière (ATF non publié 8C_510/2008 du 24 avril 2009, consid. 5.2; ATFA non publié U 369/01 du 4 mars 2002, consid. 2c). Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération les sept critères suivants, au regard des seuls aspects physiques: Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants, au regard des seuls aspects physiques: - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions. Il faut une gravité particulière du tableau clinique typique ou des circonstances particulières de nature à influencer la symptomatologie douloureuse ; - la durée anormalement longue du traitement médical, qui ne saurait plus être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais sur l'existence de traitements continus spécifiques et lourds ; - les douleurs persistantes, qui doivent être importantes, sans interruption et crédibles en regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés et complications importantes apparues au cours de la guérison; - le degré et la durée de l'incapacité de travail. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant si l'on se trouve à la limite 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 de l'accident puisse être admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1; ATF 115 V 133 consid. 6c). c) S'agissant du caractère adéquat du rapport de causalité, 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 crânio-cérébral, la jurisprudence applique, par analogie, les mêmes critères que ceux dégagés à propos des troubles d'ordre psychique avec cependant les modifications suivantes (ATF 134 V 109 consid. 10): - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions ; - 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. Il n'est pas décisif de savoir, en cas de traumatisme de ce type, si les troubles dont est atteint l'assuré sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 359 consid. 6a). d) On rappellera cependant que même en présence d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme crânio-cérébral, lorsque les lésions appartenant au tableau clinique des séquelles d'un accident de ce type, bien qu'en partie établies, sont reléguées au second plan en raison de l'existence d'un problème important de nature psychique, le lien de causalité adéquate doit être apprécié à la lumière des principes applicables en cas de troubles du développement psychique (ATF 123 V 98 consid. 2a). Cette précision de jurisprudence vaut lorsque le problème psychique apparaît prédominant directement après l'accident ou encore lorsqu'on peut retenir que durant toute la phase de l'évolution, depuis l'accident jusqu'au moment de l'appréciation, les troubles physiques n'ont joué qu'un rôle de moindre importance (ATFA non publié U 142/05 du 6 avril 2006, consid. 2). 7. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 286 consid. 1b). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; ATFA non publié U 216/04 du 21 juillet 2005, consid. 5.2). 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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard,

l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 et les références). 8. S'agissant des troubles psychiques, la Cour de céans relève ce qui suit. [endif]>[if> Aucun des rapports émanant des psychiatres ayant examiné le recourant ne peut se voir reconnaître pleine valeur probante, faute de satisfaire aux exigences formelles définies par la jurisprudence. S'agissant des rapports du Dr H_____, ce médecin n'a pas été en mesure d'établir des diagnostics certains. Il évoquait en effet en mars 2009 un probable syndrome douloureux somatoforme persistant et relatait en août 2010 les difficultés rencontrées pour déterminer le degré de la symptomatologie dépressive. Des contradictions quant à un possible état de stress post-traumatique ont de plus été relevées par le Dr J_____. Partant, faute de conclusions claires sur la nature des atteintes, on ne peut tirer d'élément probant des rapports du Dr H_____. Quant au Dr J_____, on notera que ses rapports ne peuvent pas non plus se voir reconnaître de pleine valeur probante dès lors qu'ils ne contiennent pas tous les éléments formels nécessaires selon la jurisprudence. Cela étant, la nature exacte et la gravité des éventuels troubles psychiques du recourant peuvent rester irrésolues en l'espèce, dès lors que ces atteintes n'entraînent en toute hypothèse pas la responsabilité de l'intimée, conformément aux critères relatifs au lien de causalité adéquate dégagés par le Tribunal fédéral. A cet égard, il convient en premier lieu de souligner que contrairement à ce qu'allègue l'intimée, on ne saurait considérer que les troubles psychiques du recourant sont à tel point prépondérants par rapport aux autres atteintes que l'analyse du caractère adéquat entre l'accident et leur survenance ne devrait pas se déterminer selon les critères de la jurisprudence relative au coup du lapin et aux traumatismes crânio-cérébraux. C'est donc bien en référence à cette dernière que le lien de causalité doit être analysé. En ce qui concerne la gravité de l'accident, on rappellera que s'agissant de la qualification des accidents comprenant une chute d'une certaine hauteur, une chute de quelque huit mètres dans un conduit de cheminée avec une fracture ouverte du pied limite grave et une chute de cinq mètres entraînant de nombreuses fractures dont une commotion cérébrale ont été considérées à la limite supérieure des accidents de gravité moyenne (pour un rappel de la casuistique en matière de chutes, RAMA 1998 n° U 307 p. 448, consid. 3a). Par ailleurs, le Tribunal fédéral a également qualifié de gravité moyenne une chute d'ascenseur sur deux étages (ATFA non publié U 204/00 du 30 avril 2001), la chute d'un bloc de pierre d'un immeuble en construction sur un ouvrier lui percutant le dos, la jambe et causant un traumatisme crânien (ATFA non publié U 338/05 du 1^{er} septembre 2006) et le cas d'un piéton renversé par une voiture subissant un traumatisme crânien (ATFA non publié U 128/03 du 23 septembre 2004). Partant, au regard de la jurisprudence, l'accident est incontestablement de gravité moyenne, quand bien même il a causé un traumatisme crânio-cérébral. Il convient également de nier tout caractère particulièrement dramatique aux circonstances puisqu'il s'agit d'une banale chute et que le recourant a quoi qu'il en soit perdu connaissance immédiatement. A cet égard, on soulignera que le caractère particulièrement impressionnant ou dramatique a été nié dans les cas d'un travailleur qui

était tombé d'un échafaudage d'une hauteur d'environ trois à quatre mètres et d'un travailleur qui avait chuté d'une échelle d'une hauteur d'environ 4,5 mètres dans une fouille (ATFA non publié U 393/04 du 9 septembre 2004, consid. 4.2). Le traitement médical n'a en outre pas été particulièrement long et pénible. Le séjour à l'hôpital a en effet duré moins d'un mois, et a été suivi d'un court séjour de réadaptation. Par la suite, le traitement a essentiellement consisté en un suivi psychiatrique. Par ailleurs, aucune erreur dans le traitement ni complication ne doit être déplorée. Le recourant n'ayant pas entrepris de tentative de réinsertion professionnelle, le critère relatif à l'incapacité de travail nonobstant les efforts de l'assuré ne peut non plus être retenu. En définitive, les seuls critères qui pourraient en l'espèce éventuellement être admis sont ceux qui ont trait à la nature particulière des lésions et, dans une certaine mesure, à l'intensité des douleurs. Cependant, compte tenu de la gravité moyenne de l'accident, la réalisation de deux critères uniquement ne permet pas de considérer que les troubles psychiques sont en lien de causalité adéquate avec l'accident. Partant, l'intimée n'en répond pas. Par surabondance, on ajoutera que si l'on se réfère aux indications du Dr J _____, à la date de début du droit à la rente, les troubles psychiques qu'il a diagnostiqués ne devaient plus avoir d'effets sur la capacité de gain. En effet, le 14 janvier 2010, ce psychiatre annonçait une amélioration de la thymie et qu'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée pourrait être retrouvée une année plus tard. Il confirmait dans son rapport de novembre 2010 que le trouble dépressif était en rémission partielle et qu'une reconversion professionnelle devrait être envisagée dans les prochains mois. On peut donc admettre que les troubles psychiques devaient avoir disparu au moment de l'octroi de la rente du recourant. 9. Il y a lieu de déterminer la valeur probante des rapports établis par les médecins à la lumière de ces critères.!

L'expertise confiée au Pr LA _____ comprend notamment un bilan neuro-psychologique réalisé par le Dr F _____. Ce dernier était déjà intervenu en janvier 2009 dans le cadre du traitement du recourant aux HUG. Or, il faut en principe éviter de confier une expertise à un ancien médecin traitant de l'assuré, eu égard au conflit d'intérêts pouvant résulter de sa position de thérapeute et d'expert (ATFA non publié I 832/04 du 3 février 2006, consid. 2.3.1). Cette jurisprudence est applicable mutatis mutandis à un psychologue. Il aurait dès lors été souhaitable que le bilan neuropsychologique soit confié par le Pr LA _____ à un spécialiste ne connaissant pas le recourant. Si ce seul élément ne suffit pas à écarter l'expertise, force est cependant de constater que celle-ci ne satisfait pas aux réquisits jurisprudentiels de nature formelle. En effet, elle ne se prononce pas sur la capacité de travail du recourant et n'amène pas non plus de réponse précise à certaines questions, notamment sur l'éventualité d'une origine médicamenteuse des céphalées. Sur le fond, l'expertise ne convainc pas dès lors que ses conclusions sur l'origine accidentelle des troubles ne sont guère motivées et même contradictoires. En effet, le Pr LA _____ et le Dr LB _____ ont relaté que l'IRM d'avril 2008 n'avait pas montré d'anomalie, hormis un signal d'hyperdensité pouvant être le contrecoup de l'hématome épidural, et ont exclu une atteinte axonale diffuse. Toutefois, malgré l'absence de lésion organique et de déficit neurologique objectivable, les experts ont considéré que le déficit cognitif avait pour l'essentiel une origine accidentelle. Cette conclusion paraît en contradiction avec le rapport qualifié de probable – et non vraisemblable – entre les lésions accidentelles et les troubles persistants décelés à l'examen neuropsychologique. En outre, les troubles d'ordre neuropsychologique se sont aggravés selon le bilan du Dr F _____ par rapport au premier examen réalisé par ce spécialiste. Or, en l'absence de toute aggravation d'une lésion neurologique objective consécutive à

l'accident, on ne peut admettre que cette dégradation soit à la charge de l'intimée. Les experts reconnaissent d'ailleurs que la détérioration depuis le bilan réalisé en 2009 est en lien avec une composante extra-accidentelle d'ordre psychique. Quant aux céphalées, le Pr LA _____ et le Dr LB _____ se sont contentés de favoriser une origine traumatique en se fondant sur des éléments anamnestiques. Une telle argumentation revient à raisonner selon le principe post hoc, ergo propter hoc. Or, le seul fait que des symptômes douloureux ou des atteintes 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 (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; ATF non publié 8C_178/2010 du 22 juin 2010, consid. 4.1). On s'étonne enfin que le Pr LA _____, alors qu'il n'a pas pu écarter l'origine médicamenteuse des céphalées dans son expertise, l'ait exclue sans aucune motivation dans son courrier du 10 novembre 2010 au recourant. Eu égard à ce qui précède, les constatations des experts neurologues des HUG ne sont pas suffisantes pour fonder un droit aux prestations. S'agissant en particulier de l'incapacité de travail, on ajoutera que le Pr LA _____ a certes indiqué dans son courrier au recourant du 10 novembre 2010 que l'incapacité de travail imputable à l'atteinte neuropsychologique et les céphalées était de 40 %. Cette estimation n'est cependant aucunement motivée, de sorte qu'on ne peut la suivre. Le Pr LA _____ ne spécifie d'ailleurs pas dans quelle mesure cette incapacité de travail est à la charge de l'intimée, alors qu'il a admis que l'aggravation des troubles neuropsychologiques qui la justifie en partie n'est pas d'origine accidentelle. En revanche, l'appréciation du Dr LC _____ est en tous points conforme aux exigences et doit donc se voir reconnaître une pleine valeur probante. Si ce médecin n'a pas examiné personnellement le recourant, il se fonde néanmoins sur une parfaite connaissance du dossier, en particulier des documents d'imagerie. Ses diagnostics sont clairs et ses conclusions sont parfaitement motivées. On ajoutera que son appréciation rejoint celle du Dr M _____, qui avait relevé en septembre 2006 la normalité du status neurologique et l'absence de contre-indication neurochirurgicale à la reprise du travail. Il n'y a donc pas lieu de s'en écarter s'agissant de la capacité de travail du recourant. En particulier, on ne saurait lui préférer les indications du Dr V _____ qui a qualifié les céphalées de post-traumatiques dans son courrier du 25 juin 2010, sans toutefois étayer cette allégation. Ce dernier médecin a par ailleurs posé des diagnostics neurologiques dans son rapport du 15 novembre 2010, dont il a affirmé qu'ils entraînaient une incapacité de travail totale. Or, cette conclusion n'est aucunement motivée. On ignore par ailleurs si le Dr V _____ – dont le domaine de compétence n'est pas la neurologie mais la chirurgie orthopédique – avait à sa disposition tous les éléments du dossier pour se prononcer en connaissance de cause sur ces atteintes. b) S'agissant de l'incidence de l'atteinte à l'épaule, son origine accidentelle n'est pas certaine, conformément au rapport du Dr G _____ du 1^{er} septembre 2010. Le Dr V _____ a également admis dans son rapport de novembre 2010 qu'il avait pour sa part conclu à une origine accidentelle en raison de l'absence d'antécédents à l'épaule – ce qui constitue à nouveau un raisonnement post hoc, ergo propter hoc qu'on ne saurait suivre – tout en admettant qu'un lien de causalité serait difficile à établir entre l'accident et cette atteinte. Quoi qu'il en soit, dans la mesure où le Dr V _____ n'a pas considéré que celle-ci entraînait une incapacité de travail dans une activité sédentaire – telles que celles ressortant des DPT – cette question peut rester ouverte. c) Le recourant requiert son audition et celle de ses médecins traitants. Si un justiciable a le droit de faire administrer des preuves essentielles en vertu de la garantie constitutionnelle

du droit d'être entendu (ATF 127 V 431, consid. 3a), ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425, consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d; voir également Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2^{ème} éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61). En l'espèce, la Cour de céans dispose de tous les éléments médicaux nécessaires à statuer sur le droit aux prestations du recourant. Ce dernier ne fait par ailleurs état d'aucun élément médical que l'intimée aurait ignoré. Partant, l'audition de ses médecins et la comparution des parties s'avèrent superflues. 10. Il convient encore d'examiner si le calcul du degré d'invalidité de l'intimée est correct. L'art. 15 al. 1 LAA dispose que les indemnités journalières et les rentes sont calculées d'après le gain assuré. 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. C'est donc à juste titre que l'intimée s'est référée au revenu réalisé dans l'année précédant l'accident pour le revenu sans invalidité. Selon l'art. 24 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (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. En l'espèce, le droit à la rente est né moins de cinq ans après l'accident. Il ne se justifie donc pas de tenir compte du salaire qu'aurait perçu le recourant en 2011. Les parties s'entendent sur le fait que le salaire réalisé chez l'employeur principal dans l'année précédant l'accident était de 70'976 fr. Quant au gain en tant qu'entraîneur, il y a lieu de suivre le calcul de l'intimée, que le recourant ne conteste d'ailleurs pas. Le gain assuré total était ainsi de 79'249 fr., l'intimée ayant cependant décidé de ne pas s'écarter du montant de 81'043 fr. initialement articulé. Contrairement à ce qu'allègue le recourant, il n'y a pas lieu d'indexer ce revenu, dès lors qu'on ne se trouve pas dans un cas d'application de l'art. 24 al. 2 OLAA (sur l'adaptation des salaires dans le calcul du droit à la rente, cf. l'aperçu de la jurisprudence publié dans RSAS 2007, p. 179). Le recours à des DPT pour fixer le revenu d'invalidité ne prête pas flanc à la critique, et l'abattement de 10 % retenu par le Dr LC_____ ne doit pas être remis en cause. Ainsi, le revenu d'invalidité est de 48'451 fr. 50 par an et 4'038 fr. par mois. Cela étant, le revenu mensuel sans invalidité n'est pas de 5'352 fr. comme l'a retenu l'intimée dans sa décision. En effet, même en faisant abstraction du revenu en tant qu'entraîneur, le gain annuel chez X_____ SA est de 70'976 fr., soit de 5'915 fr. par mois. La comparaison des revenus aboutit donc à un degré d'invalidité de 31.73 %, qu'il convient d'arrondir à 32 % (ATF 130 V 321 consid. 3.2). La décision devra dès lors être modifiée sur ce point. 11. Reste à examiner le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. a) A teneur de l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. 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). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation

en capital. 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. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (art. 25 al. 1 et 2 LAA). Selon l'art. 36 OLAA édicté conformément à cette délégation de compétence, 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. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'ordonnance (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1^{ère} phrase). L'annexe 3 à l'ordonnance comporte un barème des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent, dont le Tribunal fédéral a reconnu la conformité à la loi (ATF 124 V 29 consid. 1b). L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité désignées à l'annexe 3 à l'OLAA s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). 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). 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; ATF non publié 8C_459/2008 du 4 février 2009, consid. 2.1.2).

b) L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident et a le caractère d'une indemnité pour tort moral (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 171). Elle 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). 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. 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 (ATF 115 V 147 consid. 1). 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 (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2^{ème} éd. 2007, n. 235; ATF non publié 8C_703/2008 du 25 septembre 2009, consid. 5.1). Enfin, l'existence d'une atteinte à l'intégrité est indépendante de la diminution de la capacité de gain, comme cela ressort d'ailleurs de la lettre de l'art. 36 al. 1 OLAA (Thomas FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, thèse Fribourg 1998, p. 27).

c) En l'espèce, la table 8 de la SUVA " Atteinte à l'intégrité pour les complications psychiques de lésions cérébrales" prévoit un taux de 20 % pour une atteinte modérée. La décision de

l'intimée sur ce point est ainsi conforme au droit, étant précisé que tant le Dr LC _____ que le Pr LA _____ ont qualifié l'atteinte de modérée. Le taux de 40 % allégué par le recourant n'est d'ailleurs étayé par aucun élément médical. On ne peut en particulier pas se fonder sur l'incapacité de gain de 40 % indiquée par le Pr LA _____ dans son courrier du 10 novembre 2010, puisque l'atteinte à l'intégrité et l'incapacité de gain ne se confondent pas. Partant, tant le taux que le montant de l'indemnité versée au recourant doivent être confirmés. 12. Eu égard à ce qui précède, le recours doit être partiellement admis. Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à des dépens qu'il convient en l'espèce de fixer à 800 fr. (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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