

## GE\_GERICHTE A/3788/2013 vom 25. Mai 2016

GE Cour de justice, 2016-05-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3788\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3788_2013)

FR: GE\_GERICHTE A/3788/2013 du 25 mai 2016

IT: GE\_GERICHTE A/3788/2013 del 25 maggio 2016

### Erwägungen

#### E. 8

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, à GENEVE recourant contre SUVA, DIVISION ASSURANCE MILITAIRE, sise Laupenstrasse 11, BERNE intimée EN FAIT

1. En octobre 1978, Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1960, a commencé des études de mathématiques à l'Université de Genève et a passé avec succès une première session d'examens en juin 1979. Il aurait dû terminer ses études en été 1985. [endif]>[if> Entré à l'école de recrues le 16 juillet 1979, M. A\_\_\_\_\_ a été licencié prématurément le 1er août suivant pour des troubles qui ont été qualifiés par le médecin de troupe de névrose d'angoisse consécutive à une panique aux premiers tirs avec son arme de service, après que l'intéressé eût rêvé, la nuit précédente, qu'il tirait sur ses camarades. Durant son congé de fin de semaine du 28 au 29 juillet 1979, il avait revu dans la rue une camarade d'études, l'avait observée de l'intérieur de sa voiture jusqu'à ce qu'elle rentrât chez elle. Par la suite, il avait fait preuve à son égard d'un comportement perturbé, notamment en restant des nuits entières derrière sa porte. En novembre 1980, elle l'avait trouvé évanoui devant chez elle et il avait dû être transféré à l'hôpital pour ce qui apparaissait comme une tentative de suicide par empoisonnement. 2. A partir de 1988, le prénommé a suivi un traitement de psychothérapie, en raison d'une angoisse diffuse, d'une idée de dépersonnalisation, d'idées de persécution et d'hallucinations. Son médecin traitant de l'époque a posé le diagnostic de schizophrénie paranoïde. Elle a également constaté un isolement psycho-affectif (avis de la Dresse B\_\_\_\_\_ du 15 mai 1990). [endif]>[if> 3. Le 15 mai 1990, le cas a été annoncé à l'assurance militaire.[endif]>[if> 4. Par décision du 11 juin 1992, l'Office fédéral de l'assurance militaire (OFAM) a refusé de reconnaître la responsabilité de la Confédération pour cette affection, estimant que celle-ci n'était pas en relation avec le service militaire accompli en 1979.[endif]>[if> 5. Statuant sur recours de l'assuré le 29 février 1996, la Cour de justice du canton de Genève, se fondant sur une expertise du docteur C\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH (du 4 juillet 1995), a condamné l'assurance à prendre en charge les suites de la schizophrénie paranoïde dont souffrait l'assuré. La causalité adéquate entre l'affection et les influences subies pendant l'école de recrues était présumée selon la loi et l'assurance n'avait pas établi que l'assuré souffrait de troubles psychiques préexistants au service militaire.[endif]>[if> Selon l'expert C\_\_\_\_\_, l'assuré aurait présenté durant son école de recrues en été 1979 des manifestations schizophréniques, à la suite desquelles, sans que le diagnostic ne fût toutefois posé à l'époque, il avait été médicalement licencié. Il existait donc vraisemblablement un élément de contemporanéité entre cette maladie et le service militaire. Même si l'on retenait que la maladie était antérieure, il fallait admettre que l'école de recrues avait exercé une influence défavorable sur son cours. Un trouble psycho-sexuel (exhibitionnisme) avait accompagné les premiers signes de la maladie. « Par la suite, des périodes de très bref équilibre durant lesquelles M. A\_\_\_\_\_ est parvenu à

mettre en place un système défensif obsessionnel extrêmement rigide le faisant vivre dans un monde qui, pour être moins menaçant, devait absolument être désincarné, ont alterné avec des périodes de réactivation d'une anxiété du registre psychotique (...) ». Dans la mesure où les combats menés par l'expertisé pour qu'on lui donnât raison semblaient s'inscrire dans le cadre d'une haute exigence de logique et de cohérence jouant un rôle dans la façon dont il se défendait contre le vécu psychotique, l'expert avait l'impression que celui-ci ne pourrait guère se satisfaire des avantages matériels que lui procurerait un succès obtenu grâce à des mensonges. L'expertisé lui avait ainsi paru authentique et la description de l'évolution chronologique de sa maladie lui avait paru plausible. Les éventuels troubles présentés avant l'entrée en service n'étaient pas allés au-delà d'un stade prodromal. On ne relevait pas de troubles grossiers de la pensée, comme des coqs-à-l'âne (discours accéléré, sans suite ni liaison) ou des barrages, mais le cours de la pensée était quand même très particulier. Tant qu'on en restait à des détails de procédure, ce qui constituait le niveau de fonctionnement dans lequel l'expertisé paraissait le plus à l'aise, celui-ci s'exprimait d'une façon très contrôlée, précise, proche de l'écrit, faisant preuve d'une très grande vivacité et acuité intellectuelle, d'une logique jamais prise en défaut ; on observait une pensée structurée de façon extraordinairement rigide et précise. Lorsqu'on s'intéressait davantage à sa personne et qu'on refusait de se laisser décourager par une attitude défensive l'amenant souvent à tenter de replacer le débat sur un plan juridique, on voyait s'effriter un mode de fonctionnement très obsessionnalisé et on observait alors un flou de la pensée, on voyait M. A\_\_\_\_\_ devenir hésitant, perplexe, laisser en suspens des phrases compliquées, tout cela suggérant des phénomènes de « fading mental » (forme atténuée du trouble majeur de la pensée que constitue le barrage, où on voit le débit s'arrêter brusquement, la pensée subissant une éclipse restant comme suspendue). La grande méfiance de l'expertisé et une intelligence très aiguë lui permettant de se défendre pied à pied, sur un mode obsessionnel, à la fois contre l'envahissement par un vécu délirant et aussi contre l'investigation de la sphère intime de sa personnalité, rendaient difficile le travail du psychiatre. Le tableau était celui d'un état résiduel schizophrénique (F20.5 selon la CIM-10), caractérisé par une symptomatologie avant tout négative (ralentissement psychomoteur, manque de résonance affective, repli autistique). 6. Dans une notice du 20 juin 1996, le Dr D\_\_\_\_\_ (OFAM) a retenu que l'assuré souffrait d'une schizophrénie résiduelle et d'un état dépressivo-anxieux secondaire à sa schizophrénie. On parlait de schizophrénie résiduelle chez certains patients qui, sous un traitement bien conduit, voyaient une partie de leurs symptômes spécifiques disparaître. Il ne restait alors plus que les symptômes primaires, surtout l'aplatissement affectif et l'autisme, plus ou moins bien contrôlés. Le dossier de l'assuré mettait certes en évidence ses capacités intellectuelles, mais aussi sa rigidité de pensée et ses difficultés de contacts sociaux. Il souffrait encore d'angoisse de morcellement et d'anéantissement et ses nombreux écrits procéduraux lui servaient avant tout à contenir son « moi » pour en éviter l'éclatement schizophrénique. La capacité de travail était nulle. 7. A la suite du jugement précité, l'OFAM a rendu une décision, le 25 octobre 1996, par laquelle il a accordé à M. A\_\_\_\_\_ une rente d'invalidité avec effet au 1er août 1985. Cette prestation était fondée sur une responsabilité totale de la Confédération, un taux d'indemnisation de 95 % et un degré d'invalidité de 100 % (depuis 1987). Saisi d'une opposition de l'intéressé, l'OFAM l'a rejetée par une nouvelle décision, du 6 juillet 1997. Le recours formé par l'assuré contre cette décision a été déclaré irrecevable par le Tribunal administratif du canton de Genève (jugement du 9 décembre 1997), puis par le Tribunal fédéral des assurances (arrêt du 14 janvier 1999). 8. Dans un

avis du 24 août 1997, le Dr E \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, auprès du Service du médecin-chef de l'OFAM, a évalué l'atteinte à l'intégrité de l'assuré à 17,5%. L'affection psychique avait manifestement entraîné une nette transformation de la personnalité entretenue par la présence apparemment latente de pensées délirantes (délire d'interprétation accompagné de sentiment d'angoisse et de persécution) et d'un sens déficient de sa propre valeur. L'expertisé présentait également un comportement asocial et antisocial (NDR : dans la version originale : « gesellschaftlichen/sozialen Rückzug », soit « repli sur soi, démophilie ») qui devaient suffire à expliquer l'impossibilité d'une réadaptation. La schizophrénie chronique constituait pour le patient une gêne dans l'aménagement de l'existence et de son comportement en général, selon le code 19 ICHD (« International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps », traduit selon la terminologie officielle en française, par : Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41005/1/9782877100205\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41005/1/9782877100205_fre.pdf) ; depuis mai 2001 : Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF) ainsi qu'une déficience à pouvoir adopter un comportement approprié (code 14). D'autres handicaps concernaient le sentiment de sa propre valeur (code 10), la compétence sociale au niveau professionnel et de loisirs (codes 17 et 18), ainsi que la résistance en général (code 71). La psychose chronique présentée par l'assuré était d'une gravité « à peu près moyenne » (« etwa mittelschweren Ausmasses »). La gravité des troubles de l'assuré n'atteignait pas ceux du cas W.P. 35.823 (torpeur affective, absence de stimulus, pensée ralentie), évalué à 20%. Compte tenu de la composante anxieuse et dépressive, absente dans le cas G.M., évalué à 15%, il se justifiait d'augmenter le taux de gravité de 2,5%, soit un taux de 17,5%. 9. Dans un rapport du 3 octobre 1997, le Dr F \_\_\_\_\_, médecin traitant, a diagnostiqué un état résiduel schizophrénique et un état dépressif secondaire à la schizophrénie. Le patient se plaignait d'insomnies, d'angoisses de morcellement, de tristesse. La thymie était triste et le patient présentait une apparence négligée. Il avait un discours trop logique poussé à l'illogisme, typique dans certaines formes de schizophrénie. 10. Par une décision, du 28 octobre 1997, l'OFAM a alloué à l'assuré une rente pour atteinte à l'intégrité de 17,5 % dès le 1er janvier 1990, pour une durée indéterminée. 11. Selon l'office, il ressortait du rapport d'expertise du Dr C \_\_\_\_\_ du 4 juillet 1995 qu'entre 1990 et 1995, un changement s'était opéré ayant abouti à une certaine stabilisation des troubles présentés par l'assuré. Faute d'informations plus précises, il n'était pas possible de définir avec exactitude le moment à partir duquel l'affection assurée s'était stabilisée durablement, d'autant plus que, dans le cas d'espèce, il s'agissait d'un processus s'étendant sur plusieurs mois. « Pour cette raison, en faveur de l'assuré, la date a été fixée au 1er janvier 1990 ». 12. Dans son opposition du 8 décembre 1997, complétée le 16 avril 1998, l'assuré a reproché à l'OFAM d'avoir sous-évalué le taux de sa rente pour atteinte à l'intégrité, en méconnaissant son incapacité matrimoniale – « factuelle et juridique » -, ainsi que les *impotentiae coeundi et generandi* (ICG) dont il souffrait. Ces fonctions, tant sous leur angle social que « sous celui de l'espèce ou de l'individu, (étaient) des fonctions ordinaires et primaires de la vie au sens de l'art. 49 al. 1 LAM ». 12. Dans le cadre de l'instruction de cette opposition, la Dre M \_\_\_\_\_, médecin-chef auprès de l'OFAM, a indiqué, dans un avis du 27 juillet 1998, que la schizophrénie était une maladie chronique, qui pouvait être réversible. Il convenait dès lors d'être très rigoureux quant à l'admission d'un état de santé stabilisé, raison pour laquelle, en pratique, l'atteinte à l'intégrité chez des patients atteints de

schizophrénie n'était fixée qu'au bout de 10 ans environ. L'état du patient s'était aggravé progressivement depuis 1979 et la récurrence d'un acte psycho-sexuel perpétré en 1986 constituait vraisemblablement une poussée. On ne pouvait qualifier de durable l'état du patient au cours de ces années d'aggravation continue, durant lesquelles aucun diagnostic clair n'avait été posé, ni suivi médical ou traitement appliqué. La fixation de la naissance du droit à la rente pour atteinte à l'intégrité au 1<sup>er</sup> janvier 1990 était correcte sinon généreuse. En l'absence d'une expertise médicale, il n'était pas possible de parler d'« impotentiae coeundi et generandi » chez l'assuré, mais plutôt d'éventuels troubles de la puissance sexuelle, c'est-à-dire de la fonction et de la vie sexuelle. La schizophrénie chronique pouvait être à l'origine de tels troubles, de même que de nombreux médicaments. Dans le cas d'espèce, de tels troubles n'étaient pas documentés, ni non plus la question de leur lien avec la maladie ou de leur durabilité. Le taux de 17,5% prenait en compte une atteinte selon le code 17 ICDH décrivant des « incapacités dans la compétence sociale, telles que troubles du comportement affectif comme partenaire et gêne du sujet dans l'accomplissement de son rôle comme partenaire, y compris troubles dans les relations sexuelles avec un partenaire stable ». Le diagnostic d'ICG ne pouvait être posé que par un urologue. Les « symptômes négatifs » étaient des caractéristiques pathologiques qui en soi n'avaient pratiquement aucune valeur de maladie et n'étaient pas des symptômes typiques ou spécifiques. Combinés avec les symptômes classiques de la maladie, ils pouvaient néanmoins contribuer de manière décisive à poser un diagnostic de schizophrénie souvent difficile à établir. Ils comprenaient entre autres des états difficilement quantifiables comme la perte d'élan, la torpeur affective, la pensée ralentie, la passivité, le manque d'initiative, ainsi que la pauvreté de la quantité et du contenu du discours. Ces symptômes ne devaient toutefois pas avoir été causés par des neuroleptiques ou une dépression. En l'occurrence, le service du médecin-chef de l'OFAM avait conclu que ce n'étaient pas les « symptômes négatifs » en tant que tels, mais plutôt les symptômes dépressifs du patient, qui dominaient le tableau clinique. Le patient ne présentait ni perte d'élan, ni appauvrissement du discours, ni manque d'initiative. Son activité inlassable pour faire valoir ses droits, son intelligence aiguë et son discours précis, dont on avait la preuve à chaque échange de correspondance entre lui et l'assurance militaire étaient autant d'éléments qui allaient à l'encontre d'une prédominance desdits symptômes négatifs. Seule une intelligence supérieure à la moyenne permettait au patient de surmonter ses problèmes. Son vécu était plutôt ramené à l'arrière-plan grâce à ses capacités intellectuelles. Les symptômes négatifs, comme d'ailleurs les troubles de la puissance sexuelle, déjà pris en compte dans l'appréciation d'octobre 1997, ne constituaient pas un « facteur de notabilité » et ne justifiaient pas une évaluation à la hausse du taux. 13. Par décision du 18 août 1998, l'OFAM a partiellement admis l'opposition, en portant à 20 % le taux de l'atteinte à l'intégrité. Le médecin-chef n'avait pas tenu compte de l'ensemble des symptômes négatifs mis en avant par l'expert C\_\_\_\_\_ dans son rapport du 4 juillet 1995, à savoir un ralentissement psychomoteur, un manque de résonance affective et un repli autistique. Il n'existait pas de valeur indicative pour une atteinte cérébrale consécutive à une schizophrénie, de sorte que l'égalité de traitement ne pouvait être assurée que sur la base de la casuistique. Celle de l'office montrait que les atteintes psychiatriques étaient évaluées entre 5% et 25%. Un cas W.P. N° 35.823 avait déterminé un taux de 20% en raison d'une torpeur affective, d'une absence de stimulus et d'une pensée ralentie. La proximité de ce cas avec celui de l'assuré justifiait un traitement égal. Les « impotentiae coeundi et generandi » n'avaient jamais été alléguées par l'assuré auprès des médecins et n'avaient donc fait aucune appréciation de leur part, si bien

qu'il n'était pas possible de savoir quelle était l'origine de ces troubles et s'il y avait une possibilité de traitement médical. En revanche, les troubles sexuels avaient déjà été pris en compte lors de la première fixation de l'atteinte à l'intégrité (17,5%).

S'agissant du point de départ du versement de la rente, l'anamnèse de M. A\_\_\_\_\_ montrait qu'après les premiers signes de schizophrénie en 1979, il avait commis un acte psycho-sexuel en 1981, avec récurrence en 1986, ce qui témoignait d'une nouvelle poussée de la maladie. Il avait ensuite entamé un traitement psychiatrique en novembre 1988 chez la Dre B\_\_\_\_\_, qui s'était achevé au bout de sept mois en raison de difficultés relationnelles. Ce n'était qu'en février 1994 qu'un traitement avait été repris auprès du Dr F\_\_\_\_\_. Faute d'une thérapie digne de ce nom avant 1994, il n'était pas possible de considérer que l'état de santé de l'intéressé s'était stabilisé auparavant. Par conséquent, l'office s'était montré généreux en faisant débiter la rente au 1<sup>er</sup> janvier 1990. Vu l'augmentation du taux de l'atteinte à l'intégrité à 20%, la rente, rachetée d'office et capitalisée au 1<sup>er</sup> novembre 1997, correspondait à CHF 129'683.30.

14. M. A\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision devant le Tribunal administratif du canton de Genève. Il a contesté la date d'ouverture du droit à la rente (qui devait selon lui être fixée au 27 avril 1985), le taux de l'atteinte à l'intégrité (il concluait à la reconnaissance d'un taux de 100 %), ainsi que les modalités de la capitalisation du rachat de sa rente.

Il a en particulier fait valoir que les « impotentiae coeundi et generandi » ne relevaient pas d'un urologue, puisqu'en l'occurrence une telle atteinte n'était pas anatomo-fonctionnelle, mais psychosociale. Il convenait uniquement de tenir compte des répercussions du mal dont il était atteint. Le Dr C\_\_\_\_\_ avait relevé un repli autistique et la mise en œuvre de défenses contre l'investigation de sa sphère intime. Il ne pouvait ainsi adopter un mode de vie propre à procréer de manière socialement correcte, soit dans le cadre de relations durables, « ce que le législateur avait enregistré en prosolvant le mariage de l'assuré. Que le fait pour l'assuré de ne pas faire usage d'une éventuelle capacité de reproduction résiduelle, c'est-à-dire hors mariage et hors relation stable (y compris à l'égard d'un enfant) ne saurait interrompre la relation de causalité adéquate entre le mal assuré et la perte de la faculté de reproduction, dès lors que le fait pour l'assuré de tenir compte des conséquences nuisibles, tant pour les individus inévitablement impliqués que pour la société, d'une reproduction dans un tel cadre ne saurait lui être imputable à faute » (mémoire, p. 5). Il a encore conclu au versement d'une indemnité de procédure et à ce que l'arrêt qui serait rendu par le tribunal ne fût pas communiqué à l'office fédéral des assurances sociales (OFAS).

15. Dans sa réponse du 28 janvier 1999, l'OFAM a précisé que les handicaps concrets pris en compte en l'espèce dans la fixation du taux d'atteinte à l'intégrité concernaient une gêne dans l'aménagement de l'existence et du comportement en général (code 19 ICIDH), une gêne certaine dans l'aménagement et l'organisation de sa vie due à des troubles de l'adaptation (code 14), un sentiment de dévalorisation (code 10), une gêne dans l'exercice de l'activité professionnelle et dans les loisirs (code 17 et 18), ainsi qu'une gêne quant à la tolérance à l'effort en général (code 71). Cette détermination des handicaps était basée sur les séquelles mises en évidence par l'expert C\_\_\_\_\_ et les médecins-traitants, à savoir : nette transformation de la personnalité provoquée par la présence latente de pensées délirantes (délire d'interprétation accompagné de sentiment d'angoisse et de persécution, sens déficient de sa self-estime, comportement asocial et anti-social [repli sur soi, agoraphobie, isolement socio-affectif], ralentissement psychomoteur et état dépressivo-anxieux secondaire à la schizophrénie). L'assuré déduisait de son repli autistique et de ses moyens de défenses psychiques une perte de sa capacité de procréer ; il s'agissait d'une simple supputation, cette perte n'étant pas

établie médicalement. De plus, les moyens de défense concernaient la sphère intime psychique du recourant et non pas sa sphère intime sexuelle . Dans son appréciation, l'OFAM avait d'ailleurs déjà tenu compte du repli autistique de l'intéressé (code 17). La prétendue impossibilité de procréer n'étant qu'une des nombreuses manifestations de ce comportement asocial et antisocial, il n'y avait aucune raison de le prendre en considération deux fois dans l'appréciation de l'atteinte à l'intégrité .

Concernant la date du début de la rente, le Dr C\_\_\_\_\_ avait souligné la difficulté qu'avait la médecine à faire un pronostic sur l'évolution de la maladie. L'expertisé avait présenté des périodes de très relatif équilibre alternant avec des périodes de réactivation d'une anxiété de registre psychotique (décompensation) jusqu'à la date de l'expertise. Le traitement que poursuivait l'intéressé chez le Dr F\_\_\_\_\_ depuis 1994 avait commencé à produire une amélioration de l'état de santé vers 1996. La pratique voulait que l'atteinte à l'intégrité ne soit fixée qu'au bout de dix ans environ, au vu de la possibilité de rémission de la schizophrénie, qui arrivait dans un tiers des cas. Si cette maladie n'avait été annoncée à l'OFAM que le 18 mai 1990, c'était parce qu'à partir de cette période, les symptômes avaient atteint une certaine intensité, après s'être aggravés avec les années. En retenant le 1<sup>er</sup> janvier 1990, l'OFAM avait été très généreux, car à cette époque, le traitement avait été interrompu non par faute de résultats sur le plan médical, mais en raison de problèmes relationnels entre le recourant et son psychiatre. Le traitement n'avait repris de façon intensive qu'en 1994 auprès du Dr F\_\_\_\_\_, jusqu'au 17 juin 1996, date à partir de laquelle le nombre de séances avait pratiquement diminué de moitié. Ce n'était donc qu'à partir du 18 juin 1996 que l'on pouvait parler d'une amélioration de l'état de santé du recourant.

16. Par lettre du 6 février 1999, le recourant a sollicité que les débats relatifs à la procédure en cours soient publics, les problèmes posés n'étant, selon lui, pas tous uniquement techniques.

17. Dans sa réplique du 30 juillet 1999, le recourant a fait valoir que les traitements de longue durée dans le domaine de la psychiatrie avaient généralement un but de soutien et n'entraînaient que rarement des améliorations notables de l'état de santé. Il s'agissait dès lors de savoir si, à un moment de l'histoire de sa maladie, un traitement aurait été à même de produire une amélioration notable de son état de santé.

Le taux d'indemnisation, hors la perte de sa capacité de reproduction, devait être fixé à 25% pour tenir compte d'une affection laissée de côté par la décision litigieuse, à savoir troubles du sommeil, d'une sous-estimation de l'impact de sa maladie sur sa vie sociale, ainsi que de la durée de la procédure depuis neuf ans. Le rapport d'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ et les rapports des médecins traitants n'avaient pas fait le bilan complet des déficiences que son affection engendrait. A cet égard, l'instruction avait été lacunaire, l'OFAM n'ayant pas pris en compte les autres codes ICDH applicables à son cas.

18. Dans sa duplique du 1<sup>er</sup> septembre 1999, l'OFAM a indiqué que les troubles du sommeil avaient été pris en compte dans le code 71 ICDH. Selon la jurisprudence, lorsqu'une atteinte à l'intégrité était une conséquence typique de l'affection, elle était déjà comprise dans la valeur indicative et ne constituait pas une conséquence extraordinaire justifiant de s'en écarter. L'impact du diagnostic de schizophrénie sur la vie sociale du malade était inhérent audit diagnostic et ne justifiait donc pas une augmentation du taux visé par la schizophrénie elle-même. Selon la doctrine, on devait partir du principe que, lors de préjudices dans le mode de vie en général, la valeur indicative englobait une mesure moyenne du préjudice dans l'environnement personnel et social. La condition pour une prise en compte supplémentaire d'un préjudice était que l'élément en question représentât une valeur particulière dans la vie de l'assuré.

La perte de la faculté de

reproduction invoquée par le recourant n'était pas identique à une atteinte à la fonction sexuelle génératrice d'augmentation du degré de l'atteinte à l'intégrité. Une telle atteinte englobait la stérilité et l'impuissance. Or le recourant ne prétendait pas souffrir de telles séquelles en raison de sa schizophrénie chronique. Au demeurant, aucun rapport médical ne faisait mention de tels troubles sexuels. L'éventuelle inaptitude psychosociale à se reproduire n'était pas englobée dans les valeurs indicatives de l'OFAM en matière de schizophrénie chronique, de gravité « environ moyenne », retenue par le médecin-chef. En effet, la schizophrénie chronique n'englobait pas nécessairement l'absence de vie familiale. Il n'était nullement établi médicalement que l'assuré présentât une inaptitude à se reproduire à titre de séquelle (physique) de son atteinte. Cette question pouvait toutefois rester ouverte, puisque dans son appréciation de l'atteinte à l'intégrité, le Dr E\_\_\_\_\_ avait retenu que le recourant présentait une atteinte au mode de vie en général correspondant au code 17 de l'ICIDH, qui concernait les handicaps dans le rôle familial, à savoir tant dans le rôle de partenaire que dans celui de père. Partant, il ne se justifiait de toute façon pas d'augmenter le taux de l'atteinte à l'intégrité fixé à 20%. 19. Statuant le 26 octobre 1999, le Tribunal administratif a partiellement admis le recours et a renvoyé la cause à l'OFAM « afin qu'il poursuive l'instruction du dossier au sens des considérants ».[endif]>![if> L'OFAM était chargé de mettre en oeuvre une expertise afin de déterminer si l'atteinte assurée entraînait, de façon certaine, vraisemblable ou seulement possible, "une incapacité à entretenir des relations sexuelles (impotentia coeundi), ou à entretenir des relations sexuelles stables avec une personne de l'autre sexe (impotentia generandi)". Pour le surplus, le tribunal a confirmé les modalités du calcul du rachat de la rente appliquées par l'OFAM dans sa décision. Le tribunal a tout d'abord estimé que les troubles du sommeil allégués par le recourant et l'impact du diagnostic de schizophrénie sur sa vie sociale avaient été dûment pris en compte dans le taux de 20% retenu par l'office. Ces troubles étaient décrits dans le code 71 ICIDH et les conséquences sociales d'un tel diagnostic étaient intimement liées à la maladie elle-même. Conformément à la jurisprudence, ce rapport extrêmement étroit de cause à effet ne permettait pas de prendre en considération l'effet – qui se confondait avec la cause – dans le cadre de la rente pour atteinte à l'intégrité. En revanche, contrairement à ce qu'avait retenu l'office, les troubles décrits par le code 17 ICIDH (notamment les troubles dans les relations sexuelles avec un partenaire stable), englobé dans l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité, ne concernaient manifestement pas une répulsion catégorique et totale vis-à-vis d'une relation intime, mais des troubles intervenant dans une telle relation. L'OFAM ne s'y était d'ailleurs pas trompé, puisqu'il avait souligné que les « impotentiae coeundi et generandi » devaient être le cas échéant confirmées par un urologue. En revanche, l'extrême difficulté de l'intéressé à laisser quiconque s'immiscer dans sa sphère psychique et émotionnelle, relevée par l'expert C\_\_\_\_\_ – impliquant, selon le recourant, une impossibilité non seulement à entretenir des relations sexuelles, mais aussi, a fortiori, à entretenir une relation affective stable créant les conditions propices à la procréation -, pouvait, si tant est que cet expert voulût effectivement parler d'une incapacité profonde à nouer des relations humaines étroites, vraisemblablement entraîner de graves difficultés à entretenir des relations sexuelles non occasionnelles et, dès lors, à procréer dans des conditions acceptables. Par ailleurs, en assurance-accident, la perte de la capacité de reproduction entraînait une atteinte à l'intégrité dont le taux était fixé à 40%. Même si ce chiffre ne pouvait être transposé tel quel en assurance militaire, il demeurait que l'atteinte elle-même était considérée séparément des autres atteintes répertoriées. Il n'y avait pas de raison d'envisager différemment cette question dans l'assurance militaire. En effet, une telle

atteinte, dont l'importance était considérable, était tout à fait distincte des symptômes négatifs retenus en l'espèce. Peu important, au demeurant, qu'elle fût d'origine physique ou psychique. L'état du dossier ne permettait pas de trancher la question litigieuse, il convenait de la soumettre à un expert. Dans le cadre d'une fixation éventuelle du taux de l'atteinte à l'intégrité, il paraissait cependant préférable de laisser ce soin à l'intimée, à laquelle sa casuistique donnerait une base solide pour définir ce taux. Par ailleurs, le tribunal a confirmé la date retenue par l'office du début du droit à l'indemnité fixée au 1<sup>er</sup> janvier 1990, estimant implicitement qu'après une période de dix ans, on ne pouvait en général pas espérer une amélioration de l'état de santé en cas de schizophrénie. Le tribunal a encore refusé la tenue d'un débat public, dès lors que les griefs du recourant faisaient essentiellement référence à des problèmes techniques ou liés aux particularités médicales du cas d'espèce. La seule question d'intérêt général soulevée par le recours concernait la prise en compte, au titre d'atteinte à l'intégrité, de l'incapacité d'avoir des relations sexuelles et de procréer, encore que le principe n'en fût pas contesté par l'intimé. Dès lors que le recourant obtenait gain de cause sur ce point, dans la mesure où le dossier était renvoyé à l'autorité administrative pour complément d'instruction, il ne subissait aucun préjudice du fait que les débats ne se seraient pas déroulés oralement et en audience publique. Au demeurant, la conclusion tendant à la publicité des débats entraînait en contradiction avec celle relative à la non-communication de l'arrêt à l'OFAS. Enfin, le tribunal a rejeté la demande de versement d'une indemnité à titre de dépens. L'achat allégué de la documentation juridique était vraisemblablement antérieur à la procédure et sans lien avec elle ; le recourant percevait une rente pour une invalidité totale, de sorte qu'il ne pouvait avoir subi un préjudice issu de l'interruption momentanée d'une activité lucrative. 20. Saisi d'un recours formé par M. A\_\_\_\_\_ portant uniquement sur les modalités du calcul du rachat de la rente appliquées par l'OFAM dans sa décision, le Tribunal fédéral a confirmé cet arrêt (arrêt M 2/00 du 30 novembre 2000). 21. Dans un rapport du 24 mai 2004, le Dr H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, du Service médical de l'OFAM, a indiqué que la schizophrénie paranoïde de l'intéressé avait progressivement évolué au fil des années vers une schizophrénie résiduelle, c'est-à-dire que l'affection psychiatrique était présente, mais ne comportait plus d'idées délirantes, d'hallucinations, de discours ou de comportement grossièrement désorganisés ; toutefois, les symptômes négatifs étaient toujours présents sous la forme d'une persistance de l'isolement social, d'un émoussement affectif, d'une absence de vie affective ou sentimentale et globalement d'une absence de moments de plaisir ou de joie. 22. Après diverses péripéties procédurales et judiciaires, l'OFAM a confié le 18 mai 2006, au Dr I\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie urologique, une mission d'expertise dans le but de déterminer si l'intéressé présentait une impuissance sexuelle. Selon un avis du Dr H\_\_\_\_\_ du 10 novembre 2005, la question d'une expertise psychiatrique sur ce sujet dépendrait des résultats de cette expertise quant à une éventuelle dysfonction érectile. 23. Dans son rapport d'expertise du 4 août 2006, le Dr I\_\_\_\_\_ a constaté que l'expertisé ne souffrait pas d'une dysfonction érectile et que son état physiologique était normal. L'anamnèse ne mettait pas en évidence de plaintes d'ordre sexuel concernant l'érection ou l'éjaculation. La libido était présente, mais entraînait plutôt des comportements d'évitement. Si un trouble existait, il était vraisemblablement d'origine relationnelle. Sur le plan organique, aucune mesure thérapeutique n'était nécessaire. Le traitement des éventuelles causes relationnelles ou psychiques n'était pas de son domaine de compétence. 24. Par courrier du 23 août 2006, la SUVA, Division Assurance militaire a rejeté la demande de rente

supplémentaire, à titre d'atteinte à l'intégrité, pour les ICG, motif pris que l'assuré ne souffrait, d'un point de vue organique, ni de dysfonctionnement érectile, ni d'impuissance sexuelle.![endif]>![if> 25. Relancée par courrier du 24 juillet 2008 du conseil de l'assuré de l'époque, Me J\_\_\_\_\_, la SUVA, division Assurance militaire a accepté de procéder à une expertise complémentaire sur le plan psychiatrique. ![endif]>![if> 26. Dans un avis du 3 décembre 2008, le Dr K\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement spécialiste FHM en psychiatrie et psychothérapie, a expliqué qu'il n'existait pas de lien direct entre la « probable psychose » et les troubles de la puissance sexuelle. La médication utilisée (neuroleptiques) pourrait être incriminée si elle était présente. La psychose était à l'origine de troubles de l'interaction sociale et affective au sens large. L'ICG n'était pas une séquelle admise de la schizophrénie paranoïde. Une expertise effectuée par un psychiatre-sexologue pourrait trancher cette question.![endif]>![if> 27. Dans une notice complémentaire du 29 juillet 2009, le Dr K\_\_\_\_\_ a estimé qu'il serait difficile d'établir une distinction claire entre le « purement sexuel » et la perturbation relationnelle liée à la psychose qui persistait et restait le facteur dominant qui empêchait la sexualité. L'expert devrait définir si la problématique sexuelle était traitable ou définitive, si elle représentait effectivement un handicap sur le long cours, le degré d'intensité de l'atteinte et sa date d'apparition.![endif]>![if> 28. Après divers échanges de correspondance avec l'assuré, la SUVA, division Assurance militaire a finalement confié au Dr L\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, un mandat d'expertise le 24 novembre 2009. Faute de disponibilité, ce dernier a refusé dans un premier temps. Après une relance de l'assurance, le Dr L\_\_\_\_\_ a accepté sa mission en avril 2012. Il s'agissait de répondre aux questions suivantes :![endif]>![if> 1) La schizophrénie paranoïde entraîne-t-elle, de façon certaine, vraisemblable ou possible, une incapacité à entretenir des relations sexuelles (impotentia coeundi) ?![endif]>![if> 2) La schizophrénie paranoïde entraîne-t-elle, de façon certaine, vraisemblable ou possible une incapacité à entretenir des relations sexuelles stables avec une personne de l'autre sexe (impotentia generandi) ?![endif]>![if> 29. Dans rapport d'expertise du 29 juin 2012, l'expert a conclu que la schizophrénie paranoïde pouvait créer une incapacité à entretenir des relations sexuelles indirectement, en cas de prise de neuroleptiques qui pouvaient avoir des effets secondaires provoquant une dysfonction sexuelle. Il était possible que la fonction sexuelle fût entravée par des préoccupations délirantes concernant la partenaire sexuelle (par exemple jalousie pathologique), ou l'acte sexuel en lui-même. Ces considérations étaient plutôt théoriques et il n'existait pas « d'évidence qu'elles concernaient spécifiquement » l'expertisé. Ce dernier n'avait apparemment jamais pris de neuroleptiques et les antidépresseurs qu'il avait reçus n'avaient pas d'effet secondaire touchant la sphère sexuelle, mis à part le TOLVON. Il ne se plaignait d'ailleurs pas de dysfonction sexuelle. Il était exclu ou tout au plus possible que le trouble psychiatrique intervienne à ce niveau. En revanche, de façon vraisemblable, ce trouble psychiatrique, par les croyances dysfonctionnelles qu'il provoquait, pouvait avoir un impact délétère sur les relations sociales, sentimentales ou intimes. « Ceci pourrait expliquer la pauvreté de la vie relationnelle et affective chez l'expertisé ». L'expertisé ne mettait pas en avant de symptomatologie psychiatrique dépressive ou psychotique. La forte angoisse diffuse dont il souffrait à la fin des années 80 n'était plus présente. Il décrivait un malaise dans les relations avec le sexe opposé lorsque la relation devenait plus proche. A partir de là, il évitait le contact pour ne pas avoir à parler de lui. A ce propos, il disait : « mon CV n'est pas dévoilable ». ![endif]>![if> Sous l'intitulé « synthèse et discussion », l'expert a en particulier relevé que la vie sentimentale et professionnelle avait été pauvre de tout temps.

A 17 ans, l'expertisé avait eu une relation sentimentale qui avait duré un an. Depuis, il avait toujours évité des contacts trop intimes avec les femmes, car cela l'angoissait de devoir leur parler de son passé. Il n'avait plus jamais eu de contacts sexuels, pas même avec une professionnelle. Son orientation était hétérosexuelle. Il évitait de s'approcher trop près affectivement et sexuellement d'une femme. Sa libido était intacte. Il existait une difficulté d'introspection, car il se montrait incapable d'expliquer précisément ce qui l'empêchait de s'approcher affectivement d'une femme. A ce niveau, il restait vague, évoquait la possibilité de décompenser psychiquement s'il affrontait cette angoisse. Le diagnostic était difficile à poser, le dossier ne contenant aucun rapport attestant des signes ou une symptomatologie clairement psychotique dans le passé. Actuellement, il n'y avait aucun symptôme « positif » de la schizophrénie, tout au plus un tableau clinique pouvant être interprété comme une symptomatologie « négative » du trouble : performances sociales médiocres. C'est pourquoi, il était possible de poser un diagnostic de schizophrénie résiduelle (F.20.5).

30. Par acte du 16 juillet 2012, adressé à Me J\_\_\_\_\_, la SUVA, division Assurance militaire, se fondant sur les conclusions de cette expertise, a refusé d'accorder une rente supplémentaire à titre d'atteinte à l'intégrité pour les ICG.

31. Par courrier du 25 juillet 2012, M. A\_\_\_\_\_ a demandé à l'assureur quel type de décision (sur opposition ou susceptible d'opposition ?) serait prise pour le cas où il entendait solliciter une décision formelle à la suite de la « communication informelle du 17 (recte : 16) juillet 2012 en matière d'atteinte à l'intégrité ».

32. Par courrier du 19 septembre 2012, l'assuré a « confirmé » que la procuration signée en faveur de Me J\_\_\_\_\_ le 1 er juillet 2008 ne déployait plus d'effet depuis le 17 juillet 2012, date de la « notification de votre décision ». Par ailleurs, n'ayant toujours pas reçu de réponse à sa requête du 25 juillet précédent, il invitait l'administration à lui communiquer les voies de droit ouvertes.

33. Par courrier du 3 janvier 2013, la SUVA, division Assurance militaire a pris note de la fin du mandat de Me J\_\_\_\_\_. Elle a en outre invité M. A\_\_\_\_\_ à lui faire savoir s'il souhaitait obtenir une décision formelle de refus d'octroi d'une rente supplémentaire à titre d'atteinte à l'intégrité.

34. Ayant pris connaissance, dans l'intervalle, d'un recours déposé par l'assuré le 17 décembre 2012 devant le Tribunal des assurances sociales du canton de Zürich contre « la décision sur opposition du 12 juillet 2012 », recours que ce tribunal a rejeté par jugement du 14 janvier 2013 (par arrêt du 10 juin 2013, le Tribunal fédéral déclarera irrecevable, faute d'une décision rendue au sens de l'art. 49 al. 1 LPGA, le recours interjeté par l'assuré contre ce jugement), la SUVA, division Assurance militaire, a rejeté la demande d'octroi d'une rente supplémentaire à titre d'atteinte à l'intégrité (décision du 3 avril 2013). Selon elle, il était douteux que l'assuré présentât un diagnostic d'ICG. De plus, les éventuelles ICG n'étaient que des séquelles possibles de la schizophrénie paranoïde. Or la possibilité d'un fait n'était pas suffisante pour l'admettre.

35. En temps utile, l'assuré a formé opposition contre cette décision, faisant en particulier valoir que l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_ était dénuée de valeur probante. « Renseignements médicaux pris », les conclusions de l'expertise étaient erronées. Au vu du temps écoulé, il se justifiait « d'inverser le fardeau matériel de la preuve » et de lui allouer une rente complémentaire pour atteinte à l'intégrité de 80% (courrier du 21 mai 2013).

36. Dans un avis de transmission du 15 août 2013 au médecin-chef de l'assurance militaire, la SUVA, division Assurance militaire a relevé que, selon les conclusions du rapport d'expertise du Dr L\_\_\_\_\_, l'éventualité que l'assuré souffrît d'une incapacité à entretenir des relations sexuelles (impotentia coeundi) devait être exclue, l'assuré ne se plaignant d'ailleurs pas de dysfonction sexuelle. En

revanche, il restait à déterminer si l'assuré présentait une impotentia generandi d'origine psychologique. 37. Dans son rapport du 21 août 2013, la Dresse M\_\_\_\_\_ a relevé qu'il n'existait pas de lien entre la capacité d'entretenir des relations sexuelles stables et celles de pouvoir procréer. Des problèmes concernant la capacité de procréer, soit des problèmes de stérilité, apparaissaient en cas d'anomalie des organes génitaux, de troubles de nature hormonale ou de modifications pathologiques des spermatozoïdes (tant du point de vue quantitatif que qualitatif). La capacité de procréer en tant que telle ou la stérilité n'avaient également aucun rapport avec la capacité d'avoir des relations sexuelles. Des difficultés d'ordre relationnel, s'appliquant aussi à la capacité d'avoir des relations sexuelles, se rencontraient notamment lors de schizophrénie. La capacité de procréer et celle d'entretenir des relations sexuelles étaient indépendantes l'une de l'autre. A teneur du rapport de l'expert I\_\_\_\_\_, l'assuré ne souffrait pas d'un trouble de l'érection. En revanche, on ignorait s'il présentait un trouble de la procréation ou s'il était stérile, car l'urologue n'avait semble-t-il pas jugé nécessaire de réaliser un dosage hormonal ou une analyse des spermatozoïdes. Toutefois, même sans procéder à ces derniers examens, on pouvait affirmer que la schizophrénie n'avait, d'un point de vue pathophysiologique, aucun impact sur l'équilibre hormonal ou sur la qualité ou la quantité de spermatozoïdes. Cela étant, il était douteux que les termes « impotentia coeundi et generandi » aient été utilisés dans un sens médical en l'espèce. Il semblerait que l'on entendait plutôt par là un trouble de l'aptitude à créer et à entretenir des contacts en raison de la maladie. La schizophrénie était lourde d'implications pour la personne concernée, telles des difficultés à participer à une vie sociale normale. Cette maladie occasionnait typiquement une altération ou une perte de certaines compétences sociales, à un degré qui variait selon les individus. Chez l'assuré, la schizophrénie exerçait une influence négative sur ses aptitudes sociales, telles la capacité à créer des contacts sociaux ou à les entretenir, à établir des liens familiaux et à entretenir des relations sexuelles. C'était le cas dès le début de la maladie dans les années 80. L'expert L\_\_\_\_\_ l'avait confirmé. Le chef de l'assurance militaire avait tenu compte de ce trouble de nature relationnelle dans son appréciation de l'atteinte à l'intégrité de 1997 : une partie du taux estimé de 20% était attribuable à cette forme de handicap particulière. En conclusion, le problème d'une incapacité érectile n'existait pas, faute d'avoir pu être objectivé. L'incapacité de procréer ne l'avait pas été non plus, car l'expert urologue avait jugé qu'il n'était pas nécessaire d'effectuer les examens ad hoc, vu l'anamnèse et les résultats de l'examen clinique. 38. Par décision du 23 octobre 2013, la SUVA, division Assurance militaire a rejeté l'opposition. L'assuré avait droit à une rente pour atteinte à l'intégrité de 20% depuis le 1 er janvier 1990 pour une durée indéterminée, soit une rente capitalisée au 1 er novembre 1997 de CHF 129'683.30. La décision du 3 avril 2013 était fondée sur des rapports et avis médicaux convaincants. 39. Par acte du 25 novembre 2013, complété le 3 mars 2014, l'assuré a formé un recours contre cette décision par devant la chambre de céans. Il a principalement conclu à la fixation d'un taux d'atteinte à l'intégrité de 100%, subsidiairement à 90%, ainsi qu'à l'octroi d'une « indemnisation en suite d'actes illicites » d'au moins 27,5% du montant dû à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité, ou d'au moins 60% du montant dû à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité, sous déduction de CHF 129'683.40, montant déjà versé par l'assurance. Il a également sollicité la condamnation de la défenderesse au paiement d'une indemnité de procédure valant participation à ses frais supportés à raison des procédures administrative et de recours. Préalablement, il a requis la production par l'assurance militaire de l'intégrité de ses

directives internes, tables et échelles, ainsi que sa casuistique et celle des tribunaux cantonaux et du Tribunal fédéral en matière d'atteinte à l'intégrité. Il a encore sollicité la tenue d'une audience de plaidoiries. Le recourant s'est prévalu d'une expertise privée de la Dresse N\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, du 21 décembre 2012. Cette experte a diagnostiqué une schizophrénie résiduelle F 20.05, présente depuis l'été 1979. Elle a estimé que l'assuré était dans l'incapacité totale d'entretenir des relations sexuelles en raison de la schizophrénie paranoïde résiduelle. Toutefois, la capacité de reproduction de l'expertisé n'était pas altérée grâce à la technologie médicale (insémination artificielle). Si l'intéressé n'avait pas été atteint de schizophrénie paranoïde, il aurait certainement été capable d'entretenir, d'une part, des relations sexuelles complètes avec une personne de sexe féminin, et, d'autre part, des relations stables, y compris sexuelles et complètes, avec une personne de l'autre sexe. Dans son appréciation du cas, l'experte a relevé qu'à l'évocation de possibles relations sexuelles avec une femme, l'intéressé présentait un barrage de la pensée, correspondant bien aux termes qu'il utilisait : « quand une femme me fait des avances, je scotomise et je ne comprends plus rien sur le moment (et puis je fuis) (...). J'ai fui, parce que le cours ordinaire c'est d'avoir des relations sexuelles si on est un homme ordinaire, mais je ne suis pas un homme ordinaire. Une activité sexuelle suppose de l'amour pour moi, mais dès qu'il y a de l'amour chez moi, ça devient non sexuel ». Il avait été amoureux d'une femme en 1999 en République dominicaine, mais n'avait pas été attiré sexuellement. « Elle, elle avait des attentes de relations sexuelles par son comportement, mais sur le moment, je ne le réalise pas, je ne le perçois pas. J'ai eu plusieurs épisodes de ce style, mais c'est une scotomisation complète. C'est un mois après que j'ai réalisé qu'elle attendait de relations sexuelles et que je les (avais) évitées parce que (comme K.....), c'était un idéal (...). C'est par peur d'une charge supplémentaire. Je ne sais pas (...). En fantasme, je pourrais imaginer des relations sexuelles. Mais pas sur le terrain. Peut-être que je préfère ça, c'est moins effrayant et il y a moins de complications ». Cela le rebuterait d'avoir des relations sexuelles avec des prostituées, « du fait de l'absence de relations humaines et je ne peux pas être amoureux de ces femmes ». Selon ses dires, sa seule activité sexuelle serait la masturbation. Il ne présentait pas de trouble de l'érection, ni de l'éjaculation et ressentait un orgasme. L'expertisé disait ne ressentir aucune attirance pour les hommes. Il se protégeait d'angoisses de morcellement par un discours obsessionnel, factuel et juridique. Les multiples recours et procédures lui permettaient de ne pas s'écrouler psychiquement. Il présentait des symptômes dits négatifs, à savoir un émoussement psychique, une abrasion des affects, un repli autistique et par moments un apragmatisme. L'atteinte majeure de cette schizophrénie se situait au niveau relationnel et affectif. Ceci entraînait une impossibilité de nouer des liens affectifs par crainte de l'envahissement et du morcellement. Tout rapprochement sexuel avec une femme serait vécu comme une intrusion insupportable avec risque d'une décompensation psychotique aiguë. Il s'en protégeait par l'absence de relations intimes avec une femme. Le recourant a par ailleurs relevé que l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_ était dénuée de valeur probante. En particulier, cet expert n'avait pas eu accès au dossier, ayant lui-même admis qu'il ne disposait d'aucun rapport attestant des signes ou d'une symptomatologie clairement psychotiques dans le passé. L'expert avait retenu à tort que l'assuré n'avait fréquenté K. que quelques semaines, et non 16 mois ; avait omis de se prononcer sur le rapport de causalité entre les troubles assurés et ses deux incapacités sexuelles, dans la mesure où il ne souffrait plus depuis 25 ans de schizophrénie paranoïde, mais de schizophrénie résiduelle ; n'avait pas été en mesure de poser un diagnostic au moins établi au degré de la vraisemblance

prépondérante ; le processus d'évitement des femmes n'était pas suffisamment motivé. Certes, l'experte N\_\_\_\_\_ avait relevé la possibilité de recourir à l'insémination artificielle. Cela n'était toutefois guère réalisable dans son cas. Il aurait fallu pour cela qu'il eût des sentiments pour une femme en âge de procréer, que ceux-ci fussent partagés (alors que lui-même était désormais déjà âgé de 54 ans), que celle-ci renonçât à toute vie sexuelle et intime avec lui-même et qu'elle acceptât de procréer par insémination artificielle. Le recours à une mère porteuse était controversé, ce d'autant que lui-même avait une « condition de fou ». Sans compter le risque de maltraitance que cette solution ferait porter à l'encontre de la mère porteuse et de l'enfant. Au demeurant, cette question avait déjà été tranchée par l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances (recte : tribunal administratif) du 26 octobre 1999, d'où il ressortait que l'assuré devait être apte à entretenir des relations sexuelles stables pour être apte à procréer. A l'instar de l'experte N\_\_\_\_\_, la médecin-chef de l'assurance militaire avait elle-même admis, dans sa notice du 21 août 2013, qu'il existait un rapport de causalité entre la maladie assurée et les incapacités de l'assuré. Au vu des rapports de causalité naturelle et adéquate entre les troubles assurés et les ICG, c'était à tort que l'assurance militaire n'avait pas pris en compte ces incapacités dans la détermination du taux pour atteinte à l'intégrité. N'ayant pas connaissance des directives internes, tables, échelles et casuistique administratives et judiciaires utilisées par l'intimée, il ne pouvait utilement faire valoir ses moyens, en violation du principe de l'égalité des armes. L'autorité de céans devait examiner d'office la question du taux d'atteinte. Contrairement à ce qu'avait retenu l'OFAM, les ICG n'avaient pas été prises en compte dans le taux de 20%. Les cas de références cités par l'assurance militaire ne mentionnaient pas de telles incapacités. L'incapacité à entretenir des relations sexuelles ne se réduisait pas à celle de la disparition de la fonction érectile, sauf à créer une distinction injustifiée entre incapacité anatomico-fonctionnelle et incapacité psychique. A titre de comparaison, la valeur indicative relative à la perte de la faculté d'entretenir des relations sexuelles complètes était de 25% selon un jugement du Tribunal des assurances du canton de Bâle du 5 mai 2000, en cas de dysfonction érectile. Une telle affection n'empêchant toutefois pas toute relation sexuelle. Dans son cas, il convenait dès lors de porter le taux à 30%, voire à 35%, étant donné que l'incapacité n'était pas seulement sexuelle, mais portait également sur toute relation intime et qu'elle était survenue alors qu'il était jeune. S'agissant de la perte de la faculté de procréer, le taux de 10% retenu par le jugement bâlois était choquant, car la faculté de procréer était une fonction primaire de l'existence et constituait un bien juridique protégé par la Constitution et la CEDH. La vie de l'être humain comportait deux facettes profondément ancrées en lui. Croître et multiplier. Outre que d'être une nécessité biologique, cette exigence était profondément ancrée dans la psyché occidentale. Il n'avait pas eu de descendance avant la perte de sa capacité de reproduction. Il convenait de retenir un taux de 25%, voire 35% ou 50%. Enfin, le recourant a réclamé le paiement d'intérêts moratoires à 5% l'an « sur 5 ans et demi », respectivement « sur 12 ans », compte tenu des manquements, omissions, retards et procédés illicites imputables à l'intimée depuis l'annonce du cas d'assurance jusqu'au jugement de la Cour de justice du 29 février 1996, respectivement entre le prononcé du jugement du Tribunal administratif du 24 octobre 1999 et la décision sur opposition du 23 octobre 2013. 40. Dans sa réponse du 8 avril 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours. Il n'existait aucune contradiction entre l'avis du Dr L\_\_\_\_\_ et celui de sa médecin-chef. La prétention en dommages et intérêts était exorbitante à l'objet du litige, lequel avait été circonscrit par l'arrêt de renvoi du Tribunal administratif du 26 octobre 1999, ordonnant à l'intimée de procéder à un

complément d’instruction au sujet de l’impact éventuel des ICG sur l’atteinte à l’intégrité du recourant, le taux de l’atteinte fixé à 20% ne l’ayant pas pris en compte. Selon le tribunal, il convenait, au préalable, de vérifier l’existence effective, chez le recourant, desdites ICG. Le rapport du Dr L\_\_\_\_\_ était probant, car fondé sur la lecture du dossier. Selon cet expert, le recourant ignorait la réalité, puisqu’il était persuadé, à tort, de souffrir de dysfonctions de nature sexuelle. A cet égard, il avait des croyances dysfonctionnelles provoquées par la schizophrénie. En réalité, il souffrait d’une problématique d’évitement relationnel d’ordre psychique, mais en aucun cas d’ICG. Par conséquent, ce n’était que cette dernière problématique qui aurait pu avoir un impact éventuel supplémentaire sur le taux de l’atteinte à l’intégrité. Le rapport d’expertise de la Dresse N\_\_\_\_\_ devait être écarté, car celle-ci avait été mandatée par l’assuré et avait dès lors le souci d’éviter tout ce qui pourrait perturber son travail et provoquer chez son patient un ressentiment qui rendrait sa mission plus difficile, voire impossible. La prétendue impotentia generandi n’avait pas été confirmée par l’urologue. Le recourant ne souffrait pas d’une incapacité à entretenir des relations sexuelles, selon le Dr L\_\_\_\_\_, mais uniquement un problème de nature psychique à vivre de façon sociable et/ou intime avec des tiers. Cette problématique avait déjà été comprise dans le taux de 20%.>[endif]>[if> 41. Le 30 septembre 2014, le recourant a persisté dans ses conclusions. Si l’expert L\_\_\_\_\_ avait véritablement pris connaissance de l’intégralité des pièces du dossier, il aurait pris connaissance de l’annonce originale faite à l’assurance-maladie le 15 mai 1990 par la Dresse B\_\_\_\_\_, relevant l’existence d’hallucinations, ainsi que de l’expertise du Dr C\_\_\_\_\_ mentionnant un épisode de schizophrénie floride depuis le milieu de l’année 1979 jusqu’à la fin 1980. Les troubles originaux avaient ainsi duré au moins 16 mois et non pas quelques semaines seulement. Il ne ressortait pas du dossier que l’intimée aurait transmis le dossier médical et administratif à cet expert, lequel n’avait pas non plus demandé qu’il lui soit communiqué. En relevant, à la suite du Dr L\_\_\_\_\_, que l’assuré avait la conviction inébranlable et malade (« croyances dysfonctionnelles ») d’être incapable d’entretenir des relations sexuelles et des relations sexuelles stables avec une personne de l’autre sexe, l’intimée admettait que c’était en raison d’un délire que le recourant ne pouvait pas entretenir de relations sexuelles. Il existait donc une contradiction entre le corps de l’expertise et ses conclusions. Le rapport d’expertise de la Dresse N\_\_\_\_\_ démontrait qu’il existait un rapport de causalité entre les troubles assurés et les ICG. Ces deux incapacités n’avaient pas été prises en compte dans le taux d’atteinte à l’intégrité de 20%. Contrairement à la LAA, il convenait de tenir compte de l’impact concret de l’atteinte à la santé, et non pas du diagnostic. Comparer son cas avec d’autres cas de schizophrénie était ainsi fondamentalement erroné. Au demeurant, aucun de ces cas ne faisait état d’ICG. Les troubles en question n’atteignaient pas nécessairement toute personne atteinte de schizophrénie. La « seule comparaison inter-schizophrénique » revenait à mieux indemniser les patients militaires atteints de lésions cérébrales organiques que ceux atteints de schizophrénie. Or, les troubles fonctionnels en question pouvaient clairement être objectivés sous forme de lésions organiques subtiles pour autant que l’on se donnât la peine de recourir à l’imagerie fonctionnelle.>[endif]>[if> La question des intérêts moratoires devait être examinée d’office, quand bien même l’intimée n’avait pas statué sur cette question dans sa décision sur opposition du 16 juillet 2012 refusant toute augmentation du taux pour atteinte à l’intégrité. Au demeurant, celle-ci s’était implicitement prononcée sur cette question en rejetant l’intégralité de ses conclusions par décision sur opposition du 23 octobre 2013, « telles qu’elles ressortaient des conclusions (formulées le 17 décembre

2012) devant le Tribunal des assurances sociales du canton de Zürich, soit, notamment, sur les demandes d'indemnisation pour cause de « retard, d'agissements illicites et dilatoires », dans le cadre de la procédure ayant abouti au jugement d'irrecevabilité du 14 janvier 2013, constatant que l'acte de la SUVA, division Assurance militaire du 16 juillet 2012 ne constituait pas une décision formelle. 42. Dans sa duplique du 6 novembre 2014, la SUVA, division Assurance militaire a maintenu sa position. Dans son arrêt du 26 octobre 1999, le Tribunal administratif avait invité l'intimée à vérifier au préalable l'existence effective des ICG chez le recourant. La question de l'impact éventuel desdites ICG sur le taux de l'atteinte à l'intégrité aurait éventuellement pu être abordée dans un second temps. La décision querellée ne se fondait pas uniquement sur le rapport d'expertise du Dr L\_\_\_\_\_, mais sur l'intégralité du dossier médical. Les investigations complémentaires entreprises n'avaient pas permis de revoir à la hausse le taux d'atteinte à l'intégrité de 20%, lequel comprenait également la problématique psychique qui affectait le recourant. 43. Exerçant son droit de réplique, le recourant a fait valoir qu'une fois établi, à dire d'urologue, l'absence d'ICG – ce dont lui-même n'avait jamais prétendu qu'elles existaient – il eût fallu trancher sérieusement la question de l'impact de la schizophrénie résiduelle en matière relationnelle. L'expert L\_\_\_\_\_ n'avait pas « répondu au rapport de causalité naturelle (...) puisque la pesée des causes est antinomique à la causalité naturelle qui postule l'équivalence des causes ». Au demeurant, cet expert avait admis que la schizophrénie paranoïde était une cause suffisante pour créer une incapacité à entretenir des relations sexuelles. 44. Dans ses observations du 18 février 2015, la SUVA, division Assurance militaire a rétorqué que les experts urologue et psychiatre mandatés par elle n'avaient démontré aucune ICG chez l'assuré. 45. Dans ses déterminations du 13 avril 2015, le recourant a persisté dans les termes et conclusions de son recours. Dans son arrêt du 26 octobre 1999, le Tribunal administratif avait estimé que l'incapacité d'entretenir des relations sexuelles stables avec une personne de l'autre sexe entraînait chez l'assuré, pour des raisons sociales, la perte de la faculté de procréer. Le tribunal avait écarté la thèse de la médecin-chef de l'assurance militaire, selon laquelle les ICG, lorsqu'elles étaient d'origine psychique, tombaient sous le coup de l'art. 17 ICIDH. Les juges avaient également exclu toute discrimination fondée sur l'origine psychique des ICG. Ils avaient admis que la maladie dont était atteint l'assuré était propre à faciliter la survenance desdites ICG. La maladie était survenue pendant l'école de recrue de l'assuré et le dérèglement de la sphère sexuelle était contemporain à celle-ci. Une éventuelle expertise judiciaire devrait, par souci d'économie de procédure, être confiée au Dr C\_\_\_\_\_. 46. Dans ses observations complémentaires du 21 mai 2015, la SUVA, division Assurance militaire a persisté dans ses écritures. 47. Par envoi du 14 juin 2015, le recourant a transmis les annexes omises dans sa réplique du 30 septembre 2014. Il a également persisté à demander à ce que la cause soit plaidée. Le fait de savoir quelles pièces étaient ou non en main de l'expert L\_\_\_\_\_ n'avait ni un caractère juridique, ni un caractère médical, si bien que les « débats ne saurai(en)t être exclus ». 48. A la demande de la chambre de céans, l'intimée a produit une copie de ses directives internes, actualisées au 1<sup>er</sup> juillet 2015 (envoi du 6 octobre 2015). 49. Le 6 octobre 2015, le recourant a versé le justificatif de son paiement des honoraires de l'experte N\_\_\_\_\_ (CHF 3'800.-). 50. En référence auxdites directives (§ 4.9), la chambre a également requis de l'intimée la communication des cas figurant dans le système d'information de l'assurance militaire (ISM) pouvant servir de comparaison pour la détermination du degré d'atteinte à l'intégrité psychique du

demandeur, en particulier en cas de schizophrénie (résiduelle), respectivement d'inaptitude psychique à entretenir des relations sentimentales et sexuelles. 51. Le 2 décembre 2015, la SUVA, division Assurance militaire a transmis les trois appréciations des atteintes à l'intégrité des cas d'assurance qui avaient servi de base de comparaison avec le cas du recourant. L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité avait pris en compte une psychose chronique de gravité « moyenne environ ». Lors de la fixation initiale du taux de l'atteinte à l'intégrité (décision du 28 octobre 1997), il n'existait pas, dans l'ISM, de valeur indicative pour une atteinte cérébrale consécutive à une schizophrénie. Par conséquent, l'évaluation avait été fixée par comparaison avec les cas d'autres assurés atteints du même type d'affection, soit une schizophrénie, de gravité analogue. Par la suite, l'assurance n'avait été confrontée à aucun autre cas comparable à celui du recourant. Dès lors, la comparaison des divers cas figurant dans le système d'information ISM indiquait toujours que l'atteinte à l'intégrité globale consécutive à une schizophrénie s'élevait, en régime d'assurance militaire, entre 5% et 20%. L'intimée a encore relevé que seul le degré de l'atteinte à l'intégrité du recourant consécutif à sa schizophrénie résiduelle faisait l'objet du litige. « Dans ce sens », l'inaptitude psychique du recourant à entretenir des relations sentimentales et sexuelles ne représentait qu'une atteinte parmi d'autres relevant de cette affection. Le taux de 20% retenu comprenait l'atteinte à l'intégrité globale relevant de la schizophrénie résiduelle affectant le recourant. En droit de l'assurance militaire, en cas d'atteintes multiples à l'intégrité, les pourcentages des différentes atteintes ne devaient pas dépasser la valeur maximale de 100% du montant annuel servant de base au calcul des rentes. Il s'ensuivait qu'en présence d'atteintes multiples, les pourcentages respectifs n'étaient pas toujours forcément cumulés. Contrairement à ce que l'arrêt du Tribunal administratif du 26 octobre 1999 avait subtilement laissé entendre, on ne saurait aujourd'hui revoir à la hausse le taux de 20% retenu, au prétexte que le degré d'atteinte à l'intégrité consécutive à la seule perte de la capacité de reproduction était fixé, en régime d'assurance-accident, à 40%. Pareille façon de procéder « n'était possible ni conceptuellement, ni techniquement sans tomber dans l'arbitraire ». En régime d'assurance militaire, le mode de calcul d'une indemnisation était en effet sensiblement différent comparé au mode de calcul en régime d'assurance-accident, conformément à la jurisprudence. D'autre part, le taux de 40% retenu en régime d'assurance-accidents ne concernait que l'atteinte à l'intégrité consécutive à une perte de la capacité de reproduction d'origine exclusivement physique. 52. Dans ses observations du 1<sup>er</sup> février 2016, le recourant a persisté dans ses conclusions antérieures. Selon l'arrêt du Tribunal administratif du 26 octobre 1999, il s'agissait de déterminer sa capacité à entretenir des relations sexuelles stables avec une personne de l'autre sexe, condition psychosociale requise pour que l'on pût considérer qu'il n'avait pas perdu la faculté de procréer. L'expertise de la Dresse N\_\_\_\_\_ avait mis en évidence le fait que la maladie assurée avait causé la perte chez lui de cette faculté psychosociale. L'opinion contraire émise par l'intimée transgressait l'art. 8 al. 2 Cst, dès lors qu'elle était discriminatoire à l'encontre des personnes atteintes de troubles psychiques. Cette expertise avait en outre mis en évidence que la maladie assurée avait entraîné chez lui la perte de la faculté d'entretenir des relations sexuelles tout comme celle, plus générale, d'entretenir des relations par trop intimes. La référence à des cas de troubles psychiques proches de la schizophrénie était erronée. Il convenait plutôt de prendre en compte les incapacités concrètes dont il était atteint et de se référer, directement ou par analogie, à des incapacités similaires, et cela quelle que soit la nature (psychique ou physique) de l'atteinte à la santé qui était la cause de ces incapacités.

L'intimée était demeurée particulièrement opaque quant à sa pratique en matière de détermination du taux d'atteinte à l'intégrité. Selon la doctrine, la perte de la faculté de reproduction devait correspondre à un taux de référence (maximum) de 50%, subsidiairement de 35%. Ce taux devait être ajusté au cas d'espèce. Le fait qu'il n'ait pas procréé avant la survenance de l'atteinte à la santé était un facteur militant en faveur de la hausse du taux à retenir. La perte de « la faculté sexuelle » correspondait, quant à elle, à un taux de 35%. Comme l'avait relevé le Tribunal administratif, le taux de 20% retenu par l'intimée n'englobait absolument pas la faculté de reproduction. Il n'y avait donc pas de concours entre les atteintes déjà prises en compte et celle de la perte de la faculté de reproduction. Par contre, il était vrai qu'il existait un recoupement entre les deux incapacités (coeundi et generandi), ce qu'il convenait de prendre en compte dans l'évaluation du taux d'atteinte à l'intégrité. L'intimée se cantonnait au taux qu'elle disait être usuellement retenu en cas de psychose moyenne. Or ce n'était pas le diagnostic qui était déterminant, mais les circonstances du cas d'espèce, notamment les incapacités existantes. Aucun des cas mis en avant par l'assurance militaire ne faisait état de l'une ou l'autre des incapacités dont il était question. Au demeurant, les ICG n'étaient pas forcément présentes en cas de schizophrénie. La prise en compte des incapacités effectives s'imposait également en vertu de l'art. 8 al. 1 Cst, qui commandait de traiter différemment ce qui était différent. 53. L'intimée a répliqué le 18 février 2016. Dans son arrêt du 26 octobre 1999, le Tribunal administratif n'avait pas forcément renvoyé la cause afin qu'il soit statué à nouveau en matière d'atteinte à l'intégrité, mais afin de procéder à un complément d'instruction au sujet de l'impact, éventuel, des ICG. L'expertise du Dr L\_\_\_\_\_ avait démontré à satisfaction de droit que l'assuré pouvait bel et bien procréer. Au demeurant, celui-ci ne souffrait pas d'une véritable incapacité à entretenir des relations sexuelles ; il avait certes un problème – de nature psychique – à participer à une vie sociale et intime avec des tiers, mais il ne souffrait en aucun cas d'une impotentiae coeundi. S'agissant des critères de fixation de l'atteinte à l'intégrité, il ne s'agissait précisément pas de se baser sur le(s) diagnostic(s) de l'atteinte, mais sur les répercussions concrètes sur la qualité de vie en général provoquées par l'atteinte à l'intégrité en cause. Dans la mesure où, notamment, le recourant ne souffrait ni d'impotentiae generandi ni d'impotentiae coeundi, les cas de comparaison pris en compte par l'intimée se révélaient pleinement pertinents. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 6 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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-militaire du 19 juin 1992 (LAM - RS 833). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA; applicable par renvoi de l'art. 1 al. 1 LAM ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; E 5 10). 3. Après y avoir renoncé dans un premier temps, le recourant a sollicité la convocation d'une audience publique. 3.1 La publicité de la procédure des organes judiciaires visés à l'art. 6 par. 1 CEDH protège les justiciables contre une justice secrète échappant au contrôle du public. Elle constitue aussi l'un des moyens de préserver la confiance dans les cours et tribunaux. Par la transparence qu'elle donne à l'administration de la justice, elle aide à réaliser le but de l'art. 6 par. 1 CEDH: le procès équitable, dont la garantie compte parmi les principes de toute société démocratique au sens

de la CEDH (arrêt CEDH Sutter c. Suisse du 22 février 1984, par. 26). L'obligation de tenir une audience publique n'est toutefois pas absolue et l'article 6 CEDH n'exige pas nécessairement la tenue d'une audience dans toutes les procédures. Tel est notamment le cas pour les affaires ne soulevant pas de question de crédibilité ou ne suscitant pas de controverse sur les faits qui auraient requis une audience, et pour lesquelles les tribunaux peuvent se prononcer de manière équitable et raisonnable sur la base des conclusions présentées par les parties et d'autres pièces (arrêt CEDH Jussila c. Finlande du 23 novembre 2006, par. 41). Des procédures consacrées exclusivement à des points de droit ou hautement techniques peuvent également remplir les conditions de l'art. 6 CEDH même en l'absence de débats publics (arrêt CEDH Ernst et autres c. Belgique du 15 juillet 2003, par. 66).

Par ailleurs, la Cour européenne des droits de l'homme reconnaît que les autorités nationales peuvent tenir compte d'impératifs d'efficacité et d'économie, jugeant par exemple que l'organisation systématique de débats peut constituer un obstacle à la particulière diligence requise en matière de sécurité sociale et, à la limite, empêcher le respect du délai raisonnable visé à l'article 6 § 1 CEDH. Si la Cour européenne des droits de l'homme a d'abord souligné, dans plusieurs affaires, que dans une procédure se déroulant devant un tribunal statuant en premier et dernier ressort, une audience doit avoir lieu à moins que des circonstances exceptionnelles justifient de s'en dispenser, elle a par la suite précisé que l'existence de pareilles circonstances dépend essentiellement de la nature des questions dont les tribunaux internes se trouvent saisis, et non de la fréquence des litiges où celles-ci se posent. Cela ne signifie pas que le rejet d'une demande tendant à la tenue d'une audience ne puisse se justifier qu'en de rares occasions. Il convient, comme en toute autre matière, d'avoir égard avant tout au principe d'équité consacré par l'article 6 CEDH, dont l'importance est fondamentale (arrêt CEDH Jussila c. Finlande du 23 novembre 2006, par. 40 s.). Cette question doit être examinée au regard des particularités de la procédure en cause et de la nature des questions à trancher (arrêt CEDH Ernst et autres c. Belgique du 15 juillet 2003, par. 66). L'obligation d'organiser des débats publics fondée sur l'art. 6 par. 1 CEDH suppose en principe une demande formulée de manière claire et indiscutable (ATF 134 I 331 consid. 2.3).

3.2 En l'espèce, dans le cadre de leurs multiples échanges d'écritures devant la chambre de céans, les parties ont eu amplement l'occasion de se déterminer sur la question de la prise en compte, au titre de l'atteinte à l'intégrité, de l'incapacité du recourant d'avoir des relations sexuelles et de procréer, que ce soit tant pour motiver en détail leur propre grief, que pour répondre aux arguments présentés par la partie adverse. L'intimée n'a d'ailleurs pas véritablement contesté le principe d'une telle prise en compte, affirmant uniquement que le taux de 20% tenait déjà suffisamment en compte les incapacités en cause. On ne voit dès lors pas ce qu'une audience publique pourrait amener de plus sur ce point. Il n'est en particulier ici pas question de savoir quel effet feront les parties ou leurs arguments lors de l'audience, mais uniquement de juger d'arguments qui ont déjà été exposés de manière exhaustive et claire par écrit. Tous les points de fait et de droit susceptibles de surgir dans cette affaire peuvent ainsi être examinés et tranchés de manière adéquate sur la base des écritures des parties. Au demeurant, le recourant n'invoque aucun besoin concret pour la présente procédure d'une audience publique, étant par ailleurs observé que « le fait de savoir quelles pièces étaient ou non en main de l'expert L\_\_\_\_\_ » (ci-dessus § 47) n'apparaît pas déterminant en l'espèce. Ce point relève, en tout état, de l'appréciation de la valeur probante du rapport de cet expert. Il revêt donc un caractère avant tout juridique. Il en va de même du calcul de l'atteinte à l'indemnité qui ne repose pas sur des considérations purement médicales se rapportant à l'état de fait, mais résulte d'une

appréciation juridique (ATF 177 V 77 ). Enfin, dans la mesure où le dossier est complet et l'état de fait pertinent suffisamment établi, la chambre de ceans peut se dispenser de procéder à des mesures d'instruction complémentaires, telle l'audition personnelle du recourant dans le cadre de la présente cause (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 in fine). On rappellera pour le surplus que l'art. 29 al. 2 Cst. ne confère pas un droit inconditionnel à la tenue d'une audience et donc à s'exprimer oralement dans le cadre d'une procédure administrative (ATF 125 I 209 consid. 9b).

3.3 Partant, il n'y a pas lieu de faire suite à la requête du recourant.

4. Le litige porte sur le degré de l'atteinte à l'intégrité pour l'affection psychique survenue durant l'école de recrue effectuée par l'assuré en juillet 1979.

5. Aux termes de l'art. 48 LAM, si l'assuré souffre d'une atteinte notable et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une rente pour atteinte à l'intégrité (al. 1). La rente pour atteinte à l'intégrité est due dès la fin du traitement médical ou lorsque la poursuite du traitement ne laisse plus prévoir d'amélioration notable de l'état de santé de l'assuré (al. 2). La gravité de l'atteinte à l'intégrité est déterminée équitablement en tenant compte de toutes les circonstances (art. 49 al. 1 LAM). La rente pour atteinte à l'intégrité est fixée en pour-cent du montant annuel qui sert de base au calcul des rentes selon l'al. 4 et compte tenu de la gravité de l'atteinte à l'intégrité (art. 49 al. 2, première phrase, LAM).

5.1 Une atteinte notable à l'intégrité physique, mentale ou psychique au sens de l'art. 48 al. 1 de la loi existe lorsqu'elle équivaut à un vingtième au moins de la perte totale d'une fonction vitale comme l'ouïe ou la vue (art. 25 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance militaire du 10 novembre 1993 - RS 833.11; OAM). Le taux minimum entraînant l'octroi d'une rente pour atteinte à l'intégrité est fixé à 2,5 % du montant annuel qui sert de base au calcul des rentes selon l'art. 49, al. 4, de la loi. La rente pour atteinte à l'intégrité octroyée lors de l'atteinte d'une fonction vitale est fixée proportionnellement à la gravité de l'atteinte à l'intégrité échelonnée en graduations de 2,5 %, entre 2,5 et 50 % du montant annuel qui sert de base au calcul des rentes (art. 25 al. 2 OAM). Toutefois, la réglementation prescrite par l'ordonnance sur l'assurance militaire est contraire à la loi, dans la mesure où elle fixe à 2,5 pour cent le taux minimum déterminant pour l'octroi d'une rente pour atteinte à l'intégrité (art. 25 al. 1 et 2 OAM ; ATF 122 V 242 consid. 6a). En cas d'atteintes multiples à l'intégrité, les pourcentages des différentes atteintes sont cumulés lors de la fixation de la rente pour atteinte à l'intégrité. La valeur maximale d'une rente pour atteinte à l'intégrité est fixée à 100 % du montant annuel qui sert de base au calcul des rentes (art. 25 al. 3 OAM). Un dommage particulier peut, mis en relation avec d'autres atteintes, avoir des conséquences plus graves que pris séparément. Tandis qu'une simple addition des dommages peut produire un résultat trop élevés. Dans ce cas, une évaluation globale peut s'avérer nécessaire (ATF 117 V 82 ). Elle s'impose également lorsqu'il n'est pas possible de distinguer clairement chaque atteinte ou lorsque leurs conséquences interfèrent partiellement entre elles (Jürg MAESHI/ Max Schmidhauser, Indemnisation des atteintes à l'intégrité par l'assurance militaire, 1999, Publication de l'OFAM n° 7, p. 13).

5.2 L'atteinte à l'intégrité couverte par l'assurance militaire ne réside pas dans l'affection en tant que telle, mais plutôt dans les répercussions de celle-ci sur la personnalité de l'assuré. Selon les circonstances, ces incidences peuvent être plus graves ou au contraire plus bénignes que ne le laisse supposer le seul état de fait médical. Le type d'affection ne permet donc pas de déterminer définitivement si une atteinte à l'intégrité particulière justifie un droit à la prestation (Maeschi/Schmidhauser, Die Abgeltung von Integritätsschäden in der Militärversicherung, RSAS 1997, p. 177 ss; Maeschi, Kommentar zum Militärversicherungsgesetz, n° 2 ad 48-50). Dans l'assurance militaire, le calcul de

l'atteinte à l'intégrité se fait de manière individuelle et concrète, en tenant équitablement compte de toutes les circonstances, et non pas de manière égalitaire et abstraite, comme dans l'assurance-accidents obligatoire (ATF 113 V 221 ). Cette façon de procéder confère à l'assurance militaire une plus grande souplesse. Elle lui permet notamment de mieux individualiser l'évaluation, en tenant compte, par exemple, de l'âge ou de circonstances personnelles (ATF 113 V 140 consid. 3b). Une atteinte à l'intégrité ouvre en principe droit à une rente lorsque l'assuré est, d'un point de vue objectif, limité d'une manière notable dans la jouissance de la vie. Le degré de l'atteinte à l'intégrité, exprimé en pour-cent, est déterminé en comparant l'état fonctionnel et anatomique de l'intéressé, avant et après la survenance de l'événement dommageable (ATF 117 V 71 consid. 3a/bb/aaa). Toutefois, il ne s'agit pas de procéder à une comparaison médico-théorique de l'état fonctionnel avant et après l'événement, mais de déterminer dans quelle mesure un assuré est limité dans ses fonctions vitales et dans la jouissance de la vie (ATF 122 V 242 consid. 4a). Contrairement à l'ancienne pratique (ATF 117 V 71 consid. 3 a/bb/aaa), la loi ne limite pas le droit à une prestation à la seule atteinte des fonctions vitales dites primaires (comme la vue, l'ouïe, la faculté de marcher, etc.). Pour fixer le taux de l'indemnité il faut également prendre en considération des atteintes non fonctionnelles (comme des altérations visibles) qui représentent des entraves ou des limitations dans le mode de vie en général ou dans la jouissance de la vie. Par « mode de vie en général » on entend l'environnement personnel et social de l'assuré. En font partie les activités sociales comme la participation à la vie associative ou culturelle ainsi que les loisirs, notamment les activités sportives, artisanales ou musicales (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_481/15 du 22 mars 2016 coniss. 3.2 et 8C\_222/2013 du 10 février 2014 consid. 2.2). Pour évaluer le préjudice résultant d'une atteinte à l'intégrité, l'assurance militaire a élaboré des directives internes, des tables, des échelles, etc., destinées à garantir l'égalité de traitement entre les assurés. Selon une jurisprudence constante, une telle pratique n'est en principe pas critiquable (arrêt du Tribunal fédéral C\_222/2013, consid. 2.3). L'assurance militaire a ainsi fixé des valeurs indicatives pour les principaux cas d'atteintes. Celles-ci sont présentées sous la forme d'une grille sommaire indiquant où se situe l'atteinte à l'intégrité (Jürg MAESCHI/ Max SCHMIDHAUSER, Die Abgeltung von Integritätsschäden in der Militärversicherung, RSAS 1997, p. 191). La valeur de l'atteinte à l'intégrité est alors déterminée, en pourcent, par comparaison avec d'autres cas, déjà jugés, d'atteintes à l'intégrité. Font partie des incapacités, en premier lieu, celles affectant la locomotion, la mobilité, l'habileté, la communication, l'autonomie personnelle et le comportement. Elles peuvent présenter différents degrés de gravité prenant en considération dans une large mesure le besoin d'aide et d'assistance. Dans la pratique, on part du principe que la valeur indicative déterminant le préjudice agissant sur le mode de vie en général englobe une mesure moyenne du désavantage subi dans l'environnement personnel et social. La condition pour une prise en compte supplémentaire d'un désavantage, dans les loisirs par exemple, est que l'activité en cause doit représenter une valeur particulière dans la vie de l'assuré et que le désavantage subi ne puisse pas être compensé sans autre par l'exercice d'une autre activité comparable (arrêt du Tribunal fédéral des assurances M 5/88 du 12 juillet 1988; MAESCHI/SCHMIDHAUSER, op. cit., RSAS 1997, p. 186-187). Ces valeurs de référence fixent les grandes lignes d'évaluation, qui permettent de situer le dommage à l'intégrité. Mais, dans le cas concret, il faut examiner en tenant compte de toutes les circonstances si l'atteinte à l'intégrité correspond à cette valeur ou si elle lui est supérieure ou inférieure. On s'en écartera par exemple en présence de conséquences extraordinaires de l'événement

assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances M 7/00 du 22 octobre 2001 consid. 4a). 5.3 Lors de l'appréciation des incapacités et des désavantages subis dans chaque cas, le service médical de l'OFAM s'en tient aux directives des l'OMS (jusqu'en 2001 : CIH: Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages. Aujourd'hui : CIF : Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé) décrivant les trois niveaux à travers lesquels une atteinte à la santé peut se manifester. Ces niveaux recouvrent des notions telles que « affection », « atteinte des fonctions vitales » et « atteinte au mode de vie en général » (MAESHI/SCHMIDHAUSER, Indemnisation des atteintes à l'intégrité par l'assurance militaire, 1999, Publication de l'OFAM n° 7, p. 14). 5.4 Selon la directive interne de l'OFAM intitulée « rente pour atteinte à l'intégrité, actualisée au 1<sup>er</sup> juillet 2015, l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité est basée, en général, sur un entretien personnel et un examen de la personne assurée par le médecin d'arrondissement. A cette occasion, il convient de relever et décrire consciencieusement aussi bien les constatations médicales (constations objectives formulées lors d'un examen clinique, résultats de laboratoire, radiographies, investigations spéciales et diagnostics), que les déclarations de l'assurés sur les déficiences, incapacités (restrictions dans les activités quotidiennes) et désavantages subis dans la vie quotidienne (restrictions dans la participation à la vie sociale) (directive, § 4.1). En particulier, sont considérées comme des désavantages, les répercussions négatives de l'affection couverte par l'assurance militaire sur la participation active à la vie publique, sociale et/ou culturelle. Il s'agit de déterminer quel est l'impact de l'affection sur la vie sociale d'une communauté, ce qui englobe la vie de couple, famille, associations, manifestations culturelles, etc... (directive, § 4.3). Les déficiences, incapacités et désavantages qui caractérisent une affection déterminée ainsi que les répercussions sur la vie quotidienne et les activités de loisir sont déjà prise en compte dans les valeurs indicatives (directive, § 4.5). Une atteinte est notable lorsque les déficiences, incapacités et désavantages subis dans la vie quotidienne se font sentir tous les jours, et pas seulement occasionnellement ou par intermittence et pas seulement après certains efforts, et que ces handicaps ont des répercussions négatives sur le mode de vie en général (directive, § 4.6). Dans certains cas particuliers, la gravité des déficiences, des incapacités et des désavantages affectant la vie quotidienne en raison d'une affection couverte par l'assurance militaire peut se révéler beaucoup plus importante que celle retenue dans la valeur indicative de l'assurance militaire, ce qui justifie une augmentation du taux d'atteinte à l'intégrité de 2,5 à 5%. Il incombe au médecin de motiver cette prise en compte supplémentaire (directive, § 4.7.1). 5.5 Les médecins d'arrondissement ont la possibilité, par le biais du système d'information ISM de l'assurance militaire (banque de données enregistrées), d'accéder à des cas d'atteintes à l'intégrité similaire, déjà jugés et archivés. Ceux-ci peuvent servir de comparaison pour la détermination du degré de l'atteinte à l'intégrité, notamment avec ces d'incidences rares de maladie ou d'accidents ou en l'absence de valeurs indicatives. Si des valeurs indicatives sont disponibles pour l'atteinte à l'intégrité en question, il convient de renoncer à mentionner des cas de comparaison (directive, § 4.9). 5.6 L'administration jouit d'un pouvoir d'appréciation étendu lors de la fixation du degré d'atteinte à l'intégrité (ATF 114 V 315 consid. 5a). A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre 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 (137 V 71 consid. 5.2).

6. 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. A 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). 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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. Etant 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). 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). Par ailleurs, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve. Le juge est donc tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal. Cette jurisprudence s'applique aussi lorsqu'un assuré entend remettre en cause, au moyen d'une expertise privée, les conclusions d'une expertise aménagée par l'administration (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et 3c). Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). 7. Le recourant réclame l'octroi d'une rente pour atteinte à l'intégrité de 100%, subsidiairement de 90%, en raison de ses (seules) ICG. L'autorité intimée a fixé celle-ci à 20%. 7.1 Selon le jugement du Tribunal administratif du 26 octobre

1999, le recourant n'avait pas apporté la preuve de la perte des facultés d'avoir des relations sexuelles et de procréer. Néanmoins, celui-ci « fondait la vraisemblance de ses problèmes sur son extrême difficulté, relevée par le Dr C\_\_\_\_\_, à laisser quiconque s'immiscer dans sa sphère psychique et émotionnelle, ce qui impliquerait, selon le recourant, une impossibilité non seulement à entretenir des relations sexuelles, mais aussi, a fortiori, à entretenir une relation affective stable créant les conditions propices à la procréation ». Le raisonnement du recourant « paraissait logique et convaincant si l'on admettait que le Dr C\_\_\_\_\_ voulût effectivement parler d'une incapacité profonde à nouer des relations humaines étroites. De là découlerait vraisemblablement de graves difficultés à entretenir des relations sexuelles non occasionnelles et dès lors à procréer dans des conditions acceptables » (jugement, p. 15). Il convenait ainsi de renvoyer la cause à l'OFAM pour compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise médicale destinée à vérifier l'existence de ces incapacités.

7.2 Il ressort de l'expertise privée de la Dresse N\_\_\_\_\_ que la schizophrénie paranoïde résiduelle dont l'assuré est atteint l'empêche, au degré de la vraisemblance prépondérante (applicable à l'appréciation des preuves en matière d'assurances sociales : ATF 126 V 353 consid. 5b), de nouer, et a fortiori d'entretenir, une quelconque relation « étroite », respectivement affective ou intime, avec une femme. Selon l'experte, l'atteinte majeure de cette schizophrénie se situait au niveau relationnel et affectif. Ceci entraînait une impossibilité de nouer des liens affectifs par crainte de l'envahissement et du morcellement. Tout rapprochement sexuel avec une femme serait vécu comme une intrusion insupportable avec risque d'une décompensation psychotique aiguë. L'expertisé s'en protégeait par l'absence de relations intimes avec une femme. Motivé de manière convaincante, prenant dûment en considération les plaintes exprimées et établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), ce rapport remplit les réquisits jurisprudentiels précités pour lui accorder pleine valeur probante. Son contenu et ses conclusions n'ont d'ailleurs pas été remis en cause par le service médical de l'assurance militaire. Au surplus, contrairement à ce que soutient l'intimée, le simple fait qu'une expertise privée ait été établie à la demande d'une partie et produite pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Les conclusions de l'expertise de la Dresse N\_\_\_\_\_ corroborent, au demeurant, l'hypothèse formulée par l'expert L\_\_\_\_\_, selon laquelle ce trouble psychiatrique pouvait avoir un impact délétère sur les relations sociales, sentimentales ou intimes, ce qui pouvait expliquer la pauvreté de la vie relationnelle et affective de l'assuré. A noter que le Dr L\_\_\_\_\_ s'est limité à relever dans son expertise qu'un diagnostic était difficile à poser, compte tenu d'une difficulté d'introspection et des propos vagues de l'expertisé quant à ses difficultés de s'approcher affectivement d'une femme. A lecture du rapport de la Dresse N\_\_\_\_\_, il apparaît toutefois que l'expertisé s'est davantage exprimé sur cette question. Les conclusions de l'experte rejoignent également celles du Dr K\_\_\_\_\_ du 29 juillet 2009, selon lesquelles la perturbation relationnelle liée à la psychose qui persistait chez l'assuré restait le facteur dominant qui empêchait la sexualité. Enfin, dans ses observations du 2 décembre 2015, l'intimée a elle-même implicitement admis que la schizophrénie résiduelle dont souffrait l'assuré le rendait psychologiquement inapte à entretenir des relations sentimentales et sexuelles, en expliquant que cette inaptitude n'en représentait qu'une parmi d'autres relevant de cette affection.

7.3 En revanche, si l'on peut certes concevoir qu'aux yeux du recourant le fait d'entretenir des relations sexuelles stables soit plus propice à la procréation que le fait d'avoir des relations sexuelles occasionnelles, il n'y a pas de lien de cause à effet entre le fait d'être atteint de schizophrénie paranoïde résiduelle et le fait de ne pas pouvoir

procréer. En particulier, il n'existe pas de lien de causalité entre la capacité d'entretenir des relations sexuelles stables (ni d'ailleurs occasionnelles) et l'aptitude à procréer (cf. aussi dans ce sens rapport de la Dresse M\_\_\_\_\_ du 21 août 2013). L'experte N\_\_\_\_\_ a du reste confirmé que la capacité de reproduction de l'expertisé n'était pas altérée grâce à la technologie médicale - étant par ailleurs observé que l'intimée n'a procédé à aucune investigation qui permettrait de retenir le contraire. Au reste, une relation sentimentale stable n'engendre pas nécessairement la naissance d'enfants, notamment en cas de refus ou de stérilité de l'un ou l'autre des partenaires. En tout état, lier procréation et relation sentimentale stable relève avant tout d'un choix individuel dont une assurance sociale n'a en principe pas à répondre, quand bien même un tel choix serait, comme le laisse entendre le recourant, motivé par l'intérêt supérieur de l'enfant d'être élevé au sein d'un couple stable (cf. dans ce sens, par exemple, l'art. 18 de la Convention du 20 novembre 1989 relative aux droits de l'enfant consacrant le principe selon lequel les deux parents ont une responsabilité commune pour ce qui est d'élever l'enfant et d'assurer son développement). Il s'ensuit que l'assurance militaire n'a pas à répondre du désavantage invoqué par le recourant de ne pas pouvoir procréer dans le cadre de relations personnelles stables. Partant, un tel désavantage ne saurait être pris en compte dans la fixation du taux d'atteinte à l'intégrité, contrairement au désavantage résultant de son impuissance à entretenir des relations sexuelles (occasionnelles ou non).

7.4 L'intimée soutient avoir pris en compte, dans son évaluation du taux d'atteinte à l'intégrité (20%), les difficultés d'ordre relationnel rencontrées par l'assuré en raison de sa schizophrénie paranoïde résiduelle. En particulier, l'incapacité totale pour l'assuré de nouer des relations personnelles avait été prise en considération dans la décision sur opposition de l'OFAM du 18 août 1998 faisant passer de 17,5% à 20% le taux de l'atteinte à l'intégrité, sur la base des codes 17 et 19 ICDH (« incapacités concernant les relations » et « perturbation des relations interpersonnelles en dehors de la maisonnée »). L'augmentation de ce taux avait été motivée par le constat que, dans son appréciation initiale, le médecin-chef de l'assurance militaire n'avait pas tenu compte de l'ensemble des symptômes négatifs mis en avant par l'expert C\_\_\_\_\_ dans son rapport du 4 juillet 1995, à savoir un ralentissement psychomoteur, un manque de résonance affective et un repli autistique, ce dernier élément n'apparaissant par ailleurs pas dans les trois cas de comparaison utilisés.

7.5 Avec l'intimée, il faut admettre que l'incapacité (absolue) pour l'intéressé de nouer une relation avec autrui englobe, de fait, celle d'entreprendre, respectivement entretenir, des relations intimes, affectives ou sexuelles, occasionnelles ou non. De même, l'incapacité d'entamer une quelconque relation intime entraîne, a fortiori, celle d'avoir des relations sexuelles stables. Il apparaît toutefois que ni les cas de comparaison cités, ni les codes ICDH retenus par l'intimée pour l'évaluation du taux d'atteinte à l'intégrité litigieux (cf. not. avis du Dr E\_\_\_\_\_ du 24 août 1997) ne tiennent suffisamment compte d'une impuissance sexuelle durable résultant d'une atteinte psychique chronique - soit ici la schizophrénie paranoïde résiduelle -, tel que codifiée sous le n° 25.40 de l'ancienne classification ICDH (ou art. b40 CIF) au titre des déficiences des « fonctions émotive et volitionnelle », singulièrement de l'acte sexuel, en dépit d'une libido normale, - par opposition au cas d'impuissance résultant d'une atteinte physique (code n° 64 ICDH). En cela, l'incapacité en cause est bien distincte des symptômes négatifs retenus par l'autorité intimée, comme l'avait relevé le Tribunal administratif dans son jugement du 26 octobre 1999 (consid. 4.cc). 8. Il s'agit donc de déterminer maintenant le taux d'atteinte à l'intégrité correspondant à cette incapacité.!

## E. 8.1

Le recourant soutient que le taux de 25% admis en cas d'impotentia coeundi résultant d'une atteinte organique (taux retenu par doctrine citée au consid. 2a du jugement bâlois du 5 mai 2000 précité) devrait être ajouté au taux litigieux de 20%. 8.2 Comme l'a relevé la Dresse M\_\_\_\_\_, dans un avis du 27 juillet 1998, le trouble de la fonction sexuelle dont souffre le recourant résulte d'une schizophrénie paranoïde résiduelle, sans toutefois constituer un symptôme typique ou spécifique de cette affection. Cette incapacité est uniquement la manifestation d'un effet – parmi d'autres – d'une seule atteinte notable à l'intégrité, soit celle résultant de son affection psychiatrique, et non de plusieurs atteintes distinctes. Elle concrétise la sévérité avec laquelle se manifeste sa maladie sur le plan relationnel, en particulier son « incapacité profonde à nouer des relations humaines étroites », pour reprendre les termes du Tribunal administratif. Il n'y a dès lors pas lieu d'envisager cette incapacité comme une affection indépendante de l'atteinte psychique, comme le voudrait le recourant. 8.3 Partant, on ne saurait ajouter simplement le taux de 25% admis par la doctrine au titre de l'impotentia coeundi résultant d'une lésion organique, ce d'autant que le recourant a conservé ses facultés érectiles et n'a pas perdu « la fonction sexuelle liée au plaisir de (ses) organes génitaux », pour reprendre la formulation employée par le Tribunal fédéral dans l'arrêt 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 6.2). 8.4 Au demeurant, on rappellera qu'en cas d'atteintes multiples à l'intégrité, la jurisprudence n'autorise pas la simple addition des dommages, mais exige une appréciation d'ensemble de la perte de qualité de vie (ATF 117 V 82 précité). 8.5 En l'occurrence, la psychose chronique résiduelle qui affecte l'assuré a été estimée de gravité « à peu près moyenne » (« etwa mittelschweren Ausmasses ») par le médecin militaire (cf. ci-dessus, partie « faits », § 8). Cette estimation est restée non contestée, et n'apparaît d'ailleurs pas contestable. La doctrine, qui classe cette affection au titre de « Schädigungen am Nervensystem », mentionne, sans autre précision, un taux de 10 à 30% en cas de schizophrénie (Franz SCHLAURI, « Die Militärversicherung » in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Hrsg Koller / Rhinow / Müller / Zimmerli, Soziale Sicherheit. Basel, 1998, Rz 167). D'autre part, la pratique militaire n'a pas établi de valeurs indicatives en cas d'atteinte à l'intégrité consécutive à une schizophrénie. On peut néanmoins s'inspirer des valeurs indicatives établies par l'assurance militaire en matière de lésion organique des fonctions cérébrales. En effet, les effets desdites atteintes sur le mode de vie sont largement similaires, étant par ailleurs relevé que la fonction cérébrale est considérée comme une fonction vitale, au même titre que la vue ou l'ouïe. Cette solution se concilie d'ailleurs avec l'argumentation du recourant, selon laquelle ses troubles psychiatriques pourraient clairement être objectivés sous forme de lésions organiques subtiles pour autant que l'on se donnât la peine de recourir à l'imagerie fonctionnelle (mémoire du 30 septembre 2014, p. 9). En cas d'atteinte moyenne résultant d'une lésion organique des fonctions cérébrales, la pratique retient un taux de 20% à 25%. En cas d'atteinte moyenne à grave, ce taux est de 27,5% à 35% (cf. Jürg MAESHI/ Max SCHIDHAUSER, Indemnisation des atteintes à l'intégrité par l'assurance militaire, 1999, Publication de l'OFAM n° 7, p. 39). Une atteinte grave implique en principe d'importantes perturbations dans presque toutes les fonctions cérébrales, ou de gravissimes perturbations des facultés de concentration ou de la mobilité intellectuelle (ibid). Or tel n'est assurément pas le cas du recourant, dont le Dr C\_\_\_\_\_, dans son expertise du 4 juillet 1995, a relevé qu'il faisait preuve d'une très grande vivacité et acuité intellectuelle, et d'une logique jamais prise en défaut.

## E. 8.6

Déficiences de l'acte sexuel exceptées, le degré de gravité propre à la psychose chronique résiduelle présentée par le recourant n'atteint pas celui du cas H.C. 34.826, cité en relation avec le cas G.M. du 8 août 1996, dont la schizophrénie nécessitait un contrôle intensif (atteinte à l'intégrité de 25%), ce qui n'apparaît pas être le cas du recourant - étant observé que ce dernier a refusé de communiquer à l'experte le nom de son médecin traitant afin, a-t-il expliqué, « de séparer ce qui est de l'ordre de la maladie et de l'assurance militaire » (expertise, p. 23). Un taux, supérieur, de 30% n'aurait pu être retenu qu'en cas de schizophrénie sévère, alors que la schizophrénie dont souffre l'intéressé est seulement de gravité moyenne et qu'il reste capable de mener une existence autonome (cf. a contrario cas L.C. 36.609, cité dans le cas W. du 2 juillet 1996). Au vu de ces considérations, il apparaît équitable de fixer à 25% le taux global d'atteinte à l'intégrité en l'espèce, étant rappelé qu'une partie du taux de 20% litigieux tenait déjà compte du fait que « chez l'assuré », la schizophrénie exerçait une influence négative sur ses aptitudes sociales, telle la capacité à entretenir des relations affectives ou sexuelles. On rappellera à ce propos que, selon l'expert C\_\_\_\_\_, le recourant doit vivre dans un monde qui, pour être moins menaçant, doit « absolument être désincarné ». Le taux ainsi retenu correspond au taux indicatif fixé par la doctrine citée dans le jugement bâlois du 5 mai 2000 en cas d'impotentia coeundi résultant d'une lésion organique. Il ne saurait être encore augmenté, sinon les entraves ou les limitations dans le mode de vie en général ou dans la jouissance de la vie, découlant de l'affection du recourant, seraient indemnisées deux fois.

8.7 Dans cette mesure, le grief d'inégalité de traitement entre atteintes physique et psychique soulevé par le recourant doit être écarté.

8.8 Par surabondance, la chambre relèvera que, contrairement au cas ayant donné lieu au jugement bâlois précité, le dossier ne fait pas ressortir un désir de paternité particulier chez le recourant, ce dernier se bornant à avancer à cet égard des considérations toutes générales et théoriques sur la finalité de l'espèce humaine, tout en affirmant, non sans contradiction, que la procréation serait une nécessité biologique profondément ancrée dans la (seule) psyché occidentale. Partant, même s'il fallait admettre un lien de causalité entre l'affection psychique et l'impossibilité alléguée de procréer, une augmentation du taux d'atteinte à l'intégrité au-delà de la valeur indicative de 25% précitée ne saurait, en tout état, se justifier.

9. Reste à se prononcer sur la question des intérêts moratoires réclamés par le recourant, compte tenu des manquements, omissions, retards et procédés illicites prétendument imputables à l'intimée depuis l'annonce du cas d'assurance (15 mai 1990) jusqu'au jugement de la Cour de justice du 29 février 1996, respectivement entre le prononcé du jugement du Tribunal administratif du 24 octobre 1999 et la décision sur opposition du 23 octobre 2013.

9.1 A teneur de l'art. 26 al. 2 LPGA, des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe. Selon l'art. 7 al. 1 OPGA, le taux de l'intérêt moratoire est de 5 % par an.

9.2 En dérogation expresse à l'art. 26 al. 2 LPGA, l'art. 9 al. 2 LAM prévoit qu'un intérêt n'est dû qu'en cas de comportement dilatoire ou illicite de l'assurance militaire.

Le Message du Conseil fédéral du 27 juin 1990 concernant la LAM a souligné qu'aucun intérêt n'était servi sur des prestations versées pour réparer un dommage, pas plus qu'un intérêt compensatoire lorsque l'assurance militaire ne peut pas fixer les prestations immédiatement après la survenance de l'atteinte à la santé alors qu'aucune faute ne lui est imputable. Cela se produit notamment lorsqu'il s'agit de déterminer les rentes pour atteinte à l'intégrité (FF

1990 III 189 ). L'art. 9 al. 2 LAM vient de facto concrétiser la jurisprudence antérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 117 V 351 consid 2 ; TF 8C\_775/2011 du 10 septembre 2012 consid. 2 ; Jürg Maeschi, Kommentar zum Bundesgesetz über die Militärversicherung [MVG], Berne, 2000, n. 10 ad art. 9). Selon cette jurisprudence, il n'est en principe pas dû d'intérêts moratoires dans le domaine de l'assurance sociale, sauf prescription légale contraire ou exception. Le versement à titre exceptionnel d'intérêts moratoires n'entre en ligne de compte qu'en présence d'actes ou d'omissions illicites et fautifs de l'administration. Les prétentions qui se fondent sur un retard injustifié ou sur d'autres actes dommageables relèvent éventuellement de l'action en responsabilité de l'Etat (ATF 108 V 13 consid. 2, précisé par ATF 117 V 351 consid. 2). L'obligation de payer un intérêt de retard n'existe en définitive que lorsque l'administration viole grossièrement ses devoirs, car sinon chaque décision erronée en matière de fixation de prestations pourrait donner lieu à des intérêts moratoires, ce que le législateur a précisément voulu éviter. L'art. 9 al. 2 LAM s'applique aux décisions de refus de prestations qui violent la loi ainsi qu'aux décisions en matière de prestations rendues au mépris d'éléments de faits essentiels ou fondées sur une instruction manifestement insuffisante (Jürg Maeschi, op. cit., n. 11 ad art. 9). Le retard à statuer constitue un acte illicite (ATF 129 V 411 consid. 1.4). 9.3 Aux termes de l'art. 29 al. 1 Cst., toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable. Le caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause et, entre autres critères, sont notamment déterminants le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour l'assuré ainsi que le comportement de celui-ci et des autorités intimées. A cet égard, il appartient au justiciable d'entreprendre certaines démarches pour inviter l'autorité à faire diligence, notamment en incitant celle-ci à accélérer la procédure ou en recourant pour retard injustifié. Si on ne saurait reprocher à l'autorité quelques "temps morts", elle ne peut invoquer une organisation déficiente ou une surcharge structurelle pour justifier la lenteur de la procédure (ATF 130 I 312 consid. 5.1 et 5.2). On ajoutera qu'en droit des assurances sociales, la procédure de première instance est gouvernée par le principe de célérité. Ce principe est consacré à l'art. 61 let. a LPGA qui exige des cantons que la procédure soit simple et rapide; il constitue l'expression d'un principe général du droit des assurances sociales (ATF 110 V 54 consid. 4b). 9.4 En l'occurrence, le cas de l'assuré a été annoncé à l'assurance le 15 mai 1990. Par décision du 11 juin 1992, l'OFAM a refusé de reconnaître la responsabilité de la Confédération pour cette affection. Par ordonnance préparatoire du 2 décembre 1993, la Cour de justice du canton de Genève a ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Le 6 janvier 1994, le recourant a formé incident contre cette décision. Par ordonnances des 3 février et 9 mars 1994, la Cour a nommé un nouvel expert. Le 9 mai 1994, le recourant a sollicité la récusation des experts. Par courrier du 31 août 1994, le président de la Cour lui a fait observer que « vous êtes la personne la plus intéressée à l'avancement de la procédure, mais que vous multipliez les démarches qui sont de nature à la retarder ». Par arrêt du 29 février 1996, la Cour, se fondant sur une expertise du Dr C\_\_\_\_\_ du 4 juillet 1995, a condamné l'assurance à prendre en charge les suites de la schizophrénie paranoïde dont souffrait l'assuré. A la suite de cet arrêt, l'OFAM a rendu une décision, le 25 octobre 1996, par laquelle il a accordé à M. A\_\_\_\_\_ une rente d'invalidité avec effet au 1er août 1985. Saisi d'une opposition de l'intéressé, l'OFAM l'a rejetée par une nouvelle décision, du 6 juillet 1997. Le recours formé par l'assuré contre cette décision a été déclaré irrecevable par le Tribunal administratif le 9 décembre 1997. Par une décision du 28 octobre 1997, l'OFAM a

alloué à l'assuré une rente pour atteinte à l'intégrité de 17,5% dès le 1er janvier 1990, pour une durée indéterminée. Le recourant a formé opposition contre cette décision, qui a été partiellement admise par décision du 18 août 1998. Par ailleurs, il ressort du jugement du Tribunal administratif du 26 octobre 1999 qu'un second traitement médical avait débuté en 1994 auprès du Dr F\_\_\_\_\_ et qu'à cette date l'évolution de l'état de santé du recourant était encore incertaine, ce d'autant que l'expert C\_\_\_\_\_ avait souligné la difficulté de faire un pronostic s'agissant du développement d'une schizophrénie, tout en relevant les progrès réalisés récemment par l'expertisé. Le tribunal avait toutefois renoncé à trancher la question de savoir si la poursuite du traitement ne laissait alors plus prévoir d'amélioration notable de l'état de santé de l'assuré, au sens où l'entend l'art. 48 al. 2 LAM pour fixer le début du droit de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. En effet, l'intimée avait fixé le début de la rente au 1er janvier 1990 (jugement, p. 12 consid. 3b).

9.5 Dans ces circonstances, on ne saurait conclure à l'existence de manquements ou de procédés dilatoires de la part de l'administration entre l'annonce du cas d'assurance en mai 1990 et l'arrêt de la Cour de justice du 29 février 1996, ni d'ailleurs jusqu'à la décision initiale de l'OFAM du 28 octobre 1997, allouant à l'intéressé une rente pour atteinte à l'intégrité de 17,5% dès le 1er janvier 1990.

9.6 Entre l'arrêt de renvoi du Tribunal administratif du 26 octobre 1999 et la décision sur opposition du 23 octobre 2013, quatorze années se sont écoulées. Sans doute cette durée résulte-t-elle, avant tout, des diverses démarches procédurales et judiciaires initiées par le recourant (rappelées notamment dans la partie « faits » de la décision du 3 avril 2013, § 1 à 21 et dans le préavis de l'OFAM du 26 avril 2002, § 1 à 19), encore que certaines de ces démarches n'aient pas été effectuées sans motifs valables, au vu des quelques décisions favorables à l'intéressé. Il ressort toutefois clairement des considérants de cet arrêt qu'il s'agissait principalement pour l'administration d'élucider la question de savoir si l'expert psychiatre C\_\_\_\_\_ « voulait effectivement parler » d'une incapacité profonde chez le recourant à nouer des relations humaines étroites, dans la mesure où ce dernier alléguait éprouver « une répulsion catégorique et totale vis-à-vis d'une relation intime », dont découleraient de graves difficultés à entretenir des relations sexuelles (arrêt, p. 15, consid. 4.bb et 4.cc). Or on ne voit pas ce qui aurait empêché l'administration militaire de solliciter d'emblée un simple complément d'expertise psychiatrique auprès du Dr C\_\_\_\_\_ sur ce point, étant pour le surplus relevé que le recourant s'était précisément plaint du fait que le rapport de cet expert était lacunaire, dans la mesure où il n'avait pas fait le bilan complet des déficiences que son affection engendrait. Pareil mode de procéder se justifiait d'ailleurs pour des raisons d'économie de procédure, étant rappelé que la procédure en matière d'assurances sociales doit être simple et rapide (art. 61 let. a LPGA). Par ailleurs, ce n'est que dans un avis du 10 novembre 2005, soit six ans après le prononcé du Tribunal administratif du 26 octobre 1999, que le médecin de l'OFAM (Dr H\_\_\_\_\_ ) a signalé que la question d'une expertise psychiatrique relative à l'impuissance sexuelle de l'assuré dépendrait des résultats de l'expertise urologique à venir. Or, dans son rapport d'expertise du 4 août 2006, le Dr I\_\_\_\_\_ avait constaté que la libido était présente, entraînant toutefois plutôt des comportements d'évitement, et que si un trouble existait, il était vraisemblablement d'origine relationnelle ou psychique. Nonobstant ces considérations, l'OFAM n'a pas mis en œuvre d'expertise psychiatrique, mais a rejeté sans autre, par acte du 23 août 2006, la demande de rente supplémentaire, à titre d'atteinte à l'intégrité, pour les ICG, motif pris que l'assuré ne souffrait, d'un point de vue organique, ni de dysfonctionnement érectile, ni d'impuissance sexuelle. Ce n'est que suite à une relance du 24 juillet 2008 formulée par le conseil de l'assuré d'alors que la SUVA, division

Assurance militaire a finalement procédé à une expertise complémentaire sur le plan psychiatrique. A cela s'ajoute qu'en l'absence de tout comportement manifestement abusif de la part de l'assuré durant cette période (même si on ne saisit pas pour quelle raison celui-ci n'a pas communiqué les résultats de l'expertise de la Dresse N\_\_\_\_\_ du 21 décembre 2012 avant le prononcé de la décision de la SUVA, division Assurance militaire, du 3 avril 2013, mais seulement à l'appui de son recours du 21 novembre 2013, interjeté devant la chambre de céans), on ne voit pas ce qui permettrait de justifier que l'intimée ait encore attendu le 24 novembre 2009, respectivement le mois d'avril 2012 (cf. dessus § 28), pour mettre en œuvre une expertise psychiatrique en l'espèce. Partant, force est de constater que le laps de temps qui s'est écoulé entre l'arrêt de renvoi du Tribunal administratif du 26 octobre 1999 et la décision sur opposition querellée du 23 octobre 2013 est manifestement excessif en l'occurrence au regard des exigences du procès équitable garanti par les art. 29 al. 1 Cst. et 6 par. 1 CEDH, respectivement de l'art. 61 let. a LPGA prescrivant que la procédure doit être simple et rapide. Pareille violation de son devoir de diligence, entraîne l'obligation pour l'administration de payer un intérêt de retard, selon l'art. 9 al. 2 LAM.

10. Pour qu'une créance d'assurance produise des intérêts moratoires, il ne suffit toutefois pas qu'elle soit exigible. Encore faut-il que l'assuré soit en demeure, en principe à la suite d'une interpellation au sens de l'art. 102 al. 1 CO (arrêt du Tribunal fédéral 4A\_487/2007 du 19 juin 2009 consid. 8.2). L'assureur qui est en demeure doit l'intérêt moratoire au taux de 5 % l'an (art. 104 al. 1 CO ; arrêt 4A\_307/2008 du 27 novembre 2008 consid.

6.3.1). En l'espèce, c'est dans son recours du 17 décembre 2012 devant le Tribunal des assurances sociales du canton de Zürich contre « la décision sur opposition du 12 juillet 2012 » que l'assuré a manifesté à la débitrice pour la première fois sa volonté de recevoir une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure à celle accordée dans la décision attaquée (20%). Il faut ainsi admettre que ledit recours valait interpellation selon l'art. 102 al. 1 CO (ATF 129 III 664 consid. 7.4). Les intérêts moratoires sont donc dus, au plus tôt, dès le 17 décembre 2013, soit douze mois à partir du moment où l'assuré a fait valoir ses droits (art. 26 al. 2 LPGA), la chambre de céans retenant par ailleurs, au sens de cette disposition, la date du 1<sup>er</sup> novembre 2006 (date moyenne entre le prononcé du jugement du Tribunal administratif du 24 octobre 1999 et la décision sur opposition du 23 octobre 2013) comme étant celle de la naissance du droit, la date du 1<sup>er</sup> novembre 2008 étant le dies a quo pour l'exigibilité des intérêts moratoires. 11. Le recourant a également conclu à l'octroi d'une « indemnisation en suite d'actes illicites d'au moins 27,5% du montant dû à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité, ou d'au moins 60% du montant dû à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui, au préalable, aura été diminué de CHF 129'683.40 ». En substance, il reproche à cet égard les « errements procéduraux de l'assurance militaire » pendant plus de 23 ans (mémoire du 3 mars 2014, p.

10). Exorbitant à l'objet du litige tel que circonscrit par la décision attaquée, pareille conclusion est irrecevable (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_313/2011 du 16 juin 2011). L'eût-elle été, elle aurait dû être rejetée au vu de l'art. 59 al. 2 LAM, qui exclut le versement d'indemnités à titre de réparation morale – prétention implicitement formulée par le recourant in casu - en cas d'octroi d'une rente, respectivement d'une indemnité, pour atteinte à l'intégrité. 12. Le recourant a obtenu partiellement gain de cause. Il a donc en principe droit à ce que ses frais et dépens soient remboursés (art. 61 let. g LPGA et 89H al. 3 LPA). Le Tribunal fédéral considère que l'assuré qui agit dans sa propre cause sans l'assistance d'un avocat n'a droit à des dépens que si la complexité et l'importance de son affaire exige un investissement en temps et en argent qui dépasse le cadre de ce qu'un

individu doit normalement assumer dans la gestion de ses affaires (ATF 133 III 439 consid. 4). En l'occurrence, le recourant a dû déboursé CHF 3'800.- pour l'établissement du rapport d'expertise psychiatrique privée de la Dresse N\_\_\_\_\_ du 21 novembre 2012. Dans la mesure où le recourant n'a eu que partiellement gain de cause, d'une part, et où il n'a communiqué ce rapport qu'après que l'intimée ait rejeté la demande d'octroi d'une rente supplémentaire à titre d'atteinte à l'intégrité par décision du 3 avril 2013, d'autre part, ces dépens seront réduits de moitié, conformément au principe de la responsabilité (arrêt du Tribunal administratif fédéral E-421/2011 du 27 février 2013, consid. 6.2 ; MARTIN BERNET, Die Parteientschädigung in der schweizerischen Verwaltungsrechtspflege, Zurich 1986, p. 137 s.), soit CHF. 1'900.-. Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. a LPGA et 89H al. 1 LPA). 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.