

GE_GERICHTE A/4144/2017 vom 11. Oktober 2018

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4144_2017

FR: GE_GERICHTE A/4144/2017 du 11 octobre 2018

IT: GE_GERICHTE A/4144/2017 del 11 ottobre 2018

Erwägungen

E. 5

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à ChÂtelaine, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Agrippino RENDA recourant contre BÂLOISE ASSURANCES SA, sise Aeschengraben 21, BÂLE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Christian GROSJEAN intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1975, au bénéfice d'un permis B, a été engagé à plein temps dès le 1 er octobre 2011 en tant que chargé de sécurité par la société B_____ Sàrl, active dans l'exploitation de tout restaurant. À ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents auprès de BÂLOISE ASSURANCES SA (ci-après : la Bâloise ou l'intimée).! [endif]>! [if> 2. Le 1 er octobre 2011, l'assuré a été victime durant son travail d'une agression, au moyen d'une barre métallique, ayant entraîné une plaie temporale droite. Il a été hospitalisé jusqu'au 7 octobre 2011 au Service de neurochirurgie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG). L'incapacité de travail, jugée totale du 1 er octobre au 7 novembre 2011, devait être réévaluée par la suite.! [endif]>! [if> 3. La Bâloise a pris en charge les suites de cet événement. ! [endif]>! [if> 4. Dans un rapport d'examen neuropsychologique du 6 octobre 2011, émanant du Service de neurologie des HUG, il a été relevé, sur le plan cognitif, des troubles exécutifs sous forme d'un défaut d'auto-activation et d'un ralentissement, ainsi qu'un dysfonctionnement sous-cortico-frontal avec une possible composante temporale droite, compatible avec les données de l'imagerie cérébrale. L'assuré présentait également des troubles attentionnels et des difficultés de mémoire épisodique et de consolidation de la mémoire.! [endif]>! [if> 5. Dans la lettre de sortie du 26 octobre 2011, le docteur C_____, spécialiste FMH en neurochirurgie et médecin chef de clinique au Service de neurochirurgie des HUG, a posé le diagnostic de fracture temporale droite non embarrée avec plaie en regard au niveau cutané et une bulle de pneumocrâne (objectivées à l'examen CT cervical des 1 er et 3 octobre 2011). L'assuré n'avait pas subi de perte de connaissance mais avait vomi à deux reprises à l'hôpital. Son score à l'échelle de Glasgow était de 15. Il ne présentait pas de trouble phasique et était collaborant et adéquat. L'assuré n'avait pas présenté de déficit neurologique durant son hospitalisation mais avait demandé à voir un psychiatre car il ressentait de l'agressivité envers ses agresseurs. Un suivi ambulatoire psychiatrique avait été préconisé. ! [endif]>! [if> 6. Dans son rapport du 28 novembre 2011, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a diagnostiqué une fracture temporale droite et un minime hématome épidual en regard, une plaie cutanée temporale droite suturée par quinze agrafes, un traumatisme cranio-cérébral (TCC) et une perte de connaissance (sic) avec des céphalées et des vertiges. Les maux de tête et les vertiges persistaient. Un dommage permanent sous forme de céphalées ou de vertiges était peut-être à craindre.! [endif]>! [if> 7. Dans le questionnaire du 12 décembre 2011, le Dr E_____ a exposé que l'assuré n'avait pas d'antécédent psychiatrique avant son agression. L'assuré présentait une thymie

dépressive avec tristesse, anhédonie, ralentissement psychomoteur, troubles du sommeil, retrait et évitement des sorties du domicile et des liens sociaux. Il avait une symptomatologie anxieuse et des flashbacks post-traumatiques ainsi qu'une irritabilité et une fatigabilité. Le diagnostic était celui d'épisode dépressif d'intensité moyenne post-traumatique. Le score sur l'échelle de dépression de Hamilton était de 22. Le suivi avait commencé le 19 novembre 2011. L'assuré était compliant. Le traitement consistait en médicaments et psychothérapie cognitivo-comportementale axée sur la thymie dépressive et l'état de stress post-traumatique. L'amélioration clinique était modeste sous traitement, ce qui conduisait le spécialiste à émettre des réserves sur le pronostic, qui était également lié à la dimension judiciaire de la plainte pénale de l'assuré. Il conviendrait de procéder à une nouvelle évaluation après deux mois. L'incapacité de travail complète perdurerait jusqu'au 28 février 2012, mais un poste d'agent de sécurité paraissait définitivement contre-indiqué. !endif]>![if > 8. Dans le rapport d'examen neuropsychologique du 15 décembre 2011, il a été relevé sur le plan thymique, une symptomatologie anxio-dépressive significative sur le plan comportemental, une fatigabilité et un ralentissement psychomoteur, un dysfonctionnement exécutif se traduisant notamment par des difficultés de programmation, d'inhibition et de flexibilité mentale, de faibles performances dans une épreuve de mémoire épisodique visuelle, ainsi que des troubles attentionnels se traduisant notamment par une altération sévère de la vitesse de traitement. Le tableau était globalement superposable au bilan effectué en octobre 2011, excepté une réduction du ralentissement. En dépit de cette amélioration, les déficits attentionnels demeuraient significatifs et la reprise professionnelle était prématurée. !endif]>![if > 9. Par décision du 27 janvier 2012, confirmée sur opposition le 16 avril 2012, la Bâloise a mis un terme au versement des indemnités journalières avec effet au 31 janvier 2012. Elle a retenu que l'assuré ne suivait plus de traitement pour les lésions physiques ou neurologiques et qu'il n'y avait pas de lien de causalité adéquate entre l'accident, qualifié de gravité moyenne, et les troubles psychiques. !endif]>![if > 10. Dans son rapport du 1^{er} février 2012, le Dr E_____ a précisé qu'au décours du suivi psychiatrique initial, l'assuré présentait des symptômes anxieux, des reviviscences et surtout des comportements de retrait social dans une stratégie d'évitement agoraphobique, ainsi que des insomnies amendées sous traitement. L'évolution clinique avait été marquée par la dégradation invalidante sur le plan du fonctionnement social en raison de conduites de repli au domicile et de sorties ritualisées par des précautions et une hypervigilance. L'assuré, qui restait constamment dans une logique d'anticipation d'une nouvelle agression, voire d'un homicide de la part de son agresseur et de ses comparses, souffrait d'une perte d'estime et de confiance en soi. Au plan diagnostique, le tableau clinique de stress post-traumatique initial s'était aggravé et chronicisé pour installer un épisode dépressif majeur d'intensité moyenne à sévère, à causalité post-traumatique caractérisée. Le pronostic était peu favorable à court et moyen termes, notamment en raison de l'avenir incertain de l'assuré qui dépendrait des mesures de soutien de l'assurance-invalidité. De plus, l'assuré apparaissait nettement diminué dans ses ressources physiques et psychiques, comme cela avait été confirmé par le second bilan neuropsychologique des HUG, ce qui alimentait des ruminations anxieuses quotidiennes. En synthèse, il apparaissait prévisible que l'état évoluerait vers une lente stabilisation clinique dans les six mois avec le risque spécifique aux troubles post-traumatiques de rechutes dans les années à venir en fonction de situations de stress réactualisant l'agression déclenchante. La consolidation sans séquelle des troubles psychiatriques paraissait peu assurée. !endif]>![if > 11. Dans son rapport du 10 mai 2012, Dr E_____ a conclu, au vu

des examens neuropsychologiques d'octobre et décembre 2011, à une symptomatologie anxio-dépressive significative avec des symptômes de stress post-traumatiques particulièrement invalidants. Le médecin a en outre expliqué les motifs pour lesquels, selon lui, le lien de causalité entre l'accident et les troubles actuels, était donné. ![endif]>![if>

12. Saisie d'un recours de l'assuré contre la décision sur opposition du 16 avril 2012, par arrêt du 19 septembre 2012 (ATAS/1143/2012), la chambre de céans l'a partiellement admis, en ce sens qu'elle a annulé la décision querellée et renvoyé la cause à la Bâloise pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En substance, la chambre de céans a considéré que la causalité naturelle des troubles psychiques, soit un syndrome de stress post-traumatique, était incontestée. S'agissant de la causalité adéquate, elle a, après avoir classé l'accident en cause dans la catégorie des accidents de gravité moyenne stricto sensu, retenu que deux des sept critères posés par la jurisprudence étaient remplis (à savoir les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques de l'accident - lesquelles ne revêtaient toutefois pas une intensité particulière - et la gravité des lésions), ce qui était insuffisant pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre l'accident et les troubles psychiques. Par contre, s'agissant des atteintes somatiques, il n'était pas établi que la blessure du recourant au crâne était guérie, vu les troubles exécutifs sous forme d'un défaut d'auto-activation et d'un ralentissement, les troubles attentionnels et les difficultés de mémoire dont souffrait le recourant. Dans la mesure où la Bâloise n'avait procédé à aucune investigation afin de déterminer si lesdites atteintes avaient un substrat organique, la cause lui était renvoyée pour instruction complémentaire à ce sujet, si nécessaire en mettant en œuvre une expertise. Il lui appartenait également de réexaminer le cas échéant la question de la causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident sous l'angle des nouveaux éléments médicaux, notamment pour ce qui concernait le critère de l'importance de l'incapacité de travail due aux lésions somatiques. ![endif]>![if>

13. Dans un rapport du 26 novembre 2012, le Service de neurologie des HUG a posé le diagnostic d'état anxio-dépressif, d'éléments diagnostiques pour un stress post-traumatique avec fatigabilité, ralentissement et troubles exécutifs. ![endif]>![if>

14. Le 21 décembre 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), invoquant des céphalées, pertes de mémoire, insomnies et dépression depuis le 1^{er} octobre 2011. ![endif]>![if>

15. Selon le certificat du 14 août 2013 de l'unité médicale à la prison de Champ-Dollon, aux termes duquel le patient, suivi à la consultation psychiatrique de février à mars 2013, se plaignait de troubles du sommeil avec une hypervigilance, présents depuis l'agression subie en 2011. Il présentait une thymie triste, une baisse de l'estime de soi et des idées de mort passives. ![endif]>![if>

16. Mandaté par la Bâloise pour une expertise, dans son rapport du 2 octobre 2013, le docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de syndrome de stress post-traumatique chronique d'intensité léger à moyen depuis octobre 2011 et de trouble de l'humeur persistant depuis novembre 2011. Il a noté en particulier que l'assuré avait été incarcéré pendant deux mois à Champ-Dollon suite à une rixe devant une discothèque survenue en décembre 2012. Ce dernier avait subi une incapacité de travail, au moins partielle, du 1^{er} octobre 2011 au mois de septembre 2012 selon les rapports médicaux à disposition. La capacité de travail, nulle dans l'activité habituelle d'agent de sécurité, était entière dans une activité adaptée, sans diminution de rendement. À la question de savoir si les troubles cognitifs avaient un substrat organique, l'expert a répondu que son évaluation n'avait pas mis en évidence de troubles cognitifs. Selon lui, pour répondre précisément à cette question, un examen neuropsychologique était nécessaire, complété par

un avis neurologique en fonction des éventuels déficits constatés.![endif]>![if> 17. Les 18 décembre 2013 et 22 janvier 2014, l'assuré a été soumis à une expertise pluridisciplinaire au Centre d'expertise médicale (CEMed) par Monsieur G_____, neuropsychologue FSP, et par le docteur H_____, spécialiste FMH en neurologie. Dans leur rapport du 17 mars 2014, les experts ont posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, suivants: status après TCC mineur avec fracture temporale, lame d'hématome épidural et plaie du cuir chevelu le 1^{er} octobre 2011 ; syndrome post-commotionnel majoré par des facteurs comportementaux, présents depuis le 1^{er} octobre 2011 ; troubles exécutifs, ralentissement et troubles attentionnels, troubles mnésiques en mémoire de travail et en mémoire visuelle, présents depuis octobre 2011 ; efficience intellectuelle modérément déficitaire à un test de niveau, depuis l'enfance. L'assuré se plaignait de la persistance de céphalées, de sensations vertigineuses avec troubles de l'équilibre, de troubles de la mémoire, de la concentration et de l'attention, de troubles du sommeil et d'une altération de l'humeur avec anxiété. Aucun document radiologique n'était à disposition. L'assuré ne suivait plus de traitements médicamenteux ni de thérapie physique en relation avec les suites de l'agression d'octobre 2011. L'examen neuropsychologique était grosso modo superposable au bilan observé en décembre 2011. Les troubles observés (ralentissement attentionnel et troubles exécutifs pour l'essentiel, les troubles de la mémoire de travail étant probablement une conséquence des troubles exécutifs) étaient compatibles avec l'atteinte cérébrale résultant de l'événement d'octobre 2011. L'altération de l'intensité attentionnelle pouvait également être renforcée par des facteurs psychiques, car un ralentissement attentionnel dans les troubles de l'humeur était observé. À ce titre, il était difficile de faire la part des choses du point de vue étiologique entre l'atteinte organique et les effets du trouble de l'humeur. Quant à la fatigabilité observée, elle intervenait chez un expertisé qui déclarait avoir inversé son rythme nyctéméral, veillant la nuit et dormant la journée. La faible efficience intellectuelle était probablement une donnée de tout temps chez un expertisé qui n'avait pas suivi de formation au-delà de la scolarité obligatoire dans son pays d'origine et qui n'avait rempli que des activités professionnelles faiblement qualifiées. Cette efficience très faible ne résultait donc probablement pas de l'événement de 2011. Sur cette base, il a été relevé que seule une partie des troubles observés (troubles exécutifs, mnésiques, de l'attention divisée), et partiellement les troubles de l'intensité attentionnelle, pouvaient être attribués directement à l'événement de 2011. Ces troubles étaient en rapport de causalité certaine avec cet événement. Pour partie, le ralentissement attentionnel dû à d'autres facteurs, comme l'inversion du rythme nyctéméral (fatigue après une heure de séance, sommeil environ après deux heures) et la faible efficience intellectuelle ne résultaient pas de cet événement. Le ralentissement altérait le rendement dans toute activité professionnelle. Les troubles en mémoire de travail et de l'attention divisée impliquaient que seule une activité suivie, pouvant être accomplie sans interruption ni interférence, était envisageable. Les activités mettant en jeu la mémoire visuelle devaient être évitées. La faible efficience intellectuelle limitait les activités possibles à des tâches manuelles simples. La capacité de travail était nulle dans l'activité d'agent de sécurité, mais entière dans une activité adaptée (manuelle simple et répétitive), avec une diminution de rendement de 30 %. L'atteinte à l'intégrité était modérée (20 %). ![endif]>![if> L'examen neurologique était quant à lui entièrement normal, sans évidence d'atteintes séquellaires au traumatisme cranio-cérébral d'octobre 2011. Sur le plan neurologique proprement dit, il existait un mélange de facteurs post-traumatiques, neuropsychologiques et psychologiques dans les plaintes, lesquelles ne représentaient pas une cause d'incapacité de travail significative, tant dans l'activité

habituelle que dans une activité adaptée. La capacité de travail pouvait donc être considérée comme complète dès septembre 2012, comme l'évoquait le Dr F____. Théoriquement, on pouvait admettre une incapacité de travail totale pendant six mois, puis une incapacité de travail de 50 % pendant encore six mois. La perte à l'intégrité était évaluée à 5 % en raison des céphalées et des sensations vertigineuses subjectives. La situation s'avérait plus complexe lorsqu'on intégrait aux éléments strictement neurologiques les éléments neuropsychologiques. Les troubles observés lors de l'examen neuropsychologique étaient compatibles avec l'atteinte cérébrale résultant de l'événement d'octobre 2011, mais dépassaient clairement les conséquences habituelles d'un traumatisme n'ayant pas comporté de perte de connaissance, de lésions axonales ou de contusions à l'IRM avec un hématome épidural sous forme uniquement d'une lame n'ayant pas nécessité de trépanation. Pour expliquer l'importance et la persistance des troubles, il fallait faire appel à des facteurs indépendants du traumatisme, liés notamment à la fatigue et au ralentissement dus à l'inversion du rythme nyctéméral, à la faible efficacité intellectuelle pré-traumatique, à des facteurs psychiques ou comportementaux, ces facteurs étant responsables pour moitié des troubles. Les troubles cognitifs avaient partiellement un substrat organique. Pour les seules conséquences de l'accident, la capacité de travail était jugée complète dans une activité manuelle simple et répétitive, avec une diminution de rendement de 15 %, mais nulle dans l'activité d'agent de sécurité depuis l'agression d'octobre 2011 en raison des troubles neuropsychologiques et psychiques. L'atteinte à l'intégrité était globalement, et après pondération, de 15 %. 18. Dans son rapport du 29 avril 2014, le Dr E_____ a posé notamment les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques de novembre 2011 à juin 2012 et d'épisode dépressif moyen sans symptômes psychotiques en septembre 2013. Le patient avait arrêté le suivi le 21 janvier 2014 en raison de sa précarité financière. La reprise d'une thérapie spécialisée était recommandée. L'assuré présentait notamment une anxiété et des réactions d'évitement phobiques dans le contexte post-traumatique. L'activité habituelle n'était plus exigible et, dans une activité adaptée (dans le cadre d'une réinsertion ou formation professionnelle), la capacité de travail était évaluée entre 30 à 50 % dès janvier 2014. 19. Dans son rapport complémentaire du 21 mai 2014, le Dr H_____ a précisé que les troubles neuropsychologiques constatés tant par les neuropsychologues antérieurs que par M. G_____ avaient clairement un substrat organique, puisque l'assuré avait présenté un traumatisme crânio-cérébral sévère lors de l'événement d'octobre 2011, lequel était caractérisé sur le plan structurel par une plaie ouverte et une fracture temporale droite et surtout par un hématome épidural temporo-frontal. Une perte de connaissance n'était pas du tout nécessaire pour admettre l'existence d'un traumatisme crânio-cérébral majeur, des hémorragies étant fréquemment découvertes à l'admission de patients normo-vigiles. Les troubles neuropsychologiques observés contre-indiquaient formellement la reprise de l'activité d'agent de sécurité, vu le risque que ces atteintes faisaient courir d'une part à l'assuré et d'autre part à son entourage potentiel (réactions inadéquates). Les atteintes neuropsychologiques constituaient des atteintes de nature organique, même si les examens radiologiques ne permettaient pas toujours d'objectiver les atteintes. Il s'agissait au minimum de dysfonctions liées à des altérations des neurotransmetteurs et des lésions axonales diffuses. Les examens pratiqués initialement avaient mis en évidence une fracture temporale droite ainsi qu'un hématome épidural temporo-frontal ne laissant aucun doute quant au caractère organique de la lésion initiale. Les troubles neuropsychologiques persistants étaient liés à une lésion organique. Comme mentionné par M. G_____, il était

possible que certains facteurs psychiques réactionnels aient joué un rôle. L'ensemble des éléments à disposition permettait d'attribuer les troubles aux conséquences du traumatisme sans aucun doute. Les troubles présentés étaient en relation de causalité hautement vraisemblable avec l'accident, étant donné la nature de ce dernier, les constatations initiales et le type d'atteinte observé lors de l'expertise. Enfin, la diminution de rendement de 15 % dans une activité adaptée (manuelle simple et répétitive) était liée aux difficultés neuropsychologiques constatées lors du bilan psychologique et des examens neuropsychologiques préalables. !endif>![if> 20. Selon l'avis du service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci-après : SMR) du 5 janvier 2015, l'atteinte principale à la santé était un syndrome post commotionnel avec troubles neurocognitifs depuis octobre 2011, status post TCC mineur avec fracture temporale, lame d'hématome épidual. Les pathologies associées étaient une efficacité intellectuelle modérément déficitaire à un test de niveau depuis l'enfance, une gonarthrose gauche depuis 2005, un status post chirurgie de l'épaule gauche. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais totale dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 15 % dès septembre 2012. Les limitations fonctionnelles étaient des troubles attentionnels avec altérations sévères de la vitesse traitement, un déficit modéré en mémoire visuelle, des troubles exécutifs, l'absence de port de charges lourdes, d'activité à genoux et en position debout, l'alternance des positions, sans montée d'une échelle ou d'un échafaudage, d'escaliers régulièrement et de travail au-dessus de la tête; !endif>![if> 21. Selon une note d'entretien (dans le cadre de la réadaptation professionnelle de l'assurance-invalidité) du 4 mai 2015, le recourant avait été incarcéré à nouveau du 9 octobre 2014 au 24 mars 2015 suite à une agression. Il était sorti de prison avec des mesures de substitution, soit en particulier un suivi psychothérapeutique auprès du Dr E_____. !endif>![if> 22. Dans son rapport du 3 décembre 2015, le Dr E_____ atteste avoir reçu en urgence son patient, au lendemain d'un épisode d'agitation psychomotrice et clastique survenu durant un atelier aux Établissements publics pour l'intégration (EPI). Le recourant avait été contraint d'effectuer des journées complètes exigeant un effort psychique dépassant ses capacités de 50 %. Une incapacité totale de travail a été certifiée jusqu'à nouvel ordre. !endif>![if> 23. Dans son rapport du 4 décembre 2015, Madame I_____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP, a constaté des troubles sévères au niveau mnésique, attentionnel et exécutif, et, aux échelles comportementales, une humeur dépressive sévère et une légère anxiété. Le bilan neuropsychologique était globalement superposable au bilan de décembre 2011, avec quelques performances légèrement meilleures (empan, inhibition, flexibilité mentale). Les troubles étaient compatibles avec l'état psychopathologique chez un patient connu pour un TCC. !endif>![if> 24. Selon la note du SMR du 21 décembre 2015, l'état de santé du recourant s'était aggravé depuis décembre 2015 sur le plan psychiatrique, avec impossibilité de poursuivre la mesure aux EPI; !endif>![if> 25. Dans son rapport du 16 février 2016, le Dr E_____ a posé les diagnostics suivants : trouble dépressif récurrent en rémission partielle depuis novembre 2015, complète actuellement versus trouble de l'humeur persistant, traits de personnalité pathologiques narcissiques et paranoïaques versus traits de personnalité passive-agressive et trouble de la personnalité modifiée. La capacité de travail actuelle dans une activité adaptée était de 40 %, pouvant être augmentée à 70/80 % en cas de mesures de réadaptation efficaces sur six à douze mois ; !endif>![if> 26. Dans son expertise du 20 février 2017, le docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et Madame K_____, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, ont posé, à titre de diagnostics avec effet

sur la capacité de travail, une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe dès 2012 ainsi qu'une dysthymie dès 2012. Sur le plan neuropsychologique, le recourant présentait une importante fatigabilité, un ralentissement psychomoteur global dans toutes les tâches administrées, des difficultés d'attention soutenue, un trouble exécutif modéré à sévère affectant l'inhibition verbale, la flexibilité mentale, la programmation motrice et l'incitation non verbale, un déficit léger de mémoire de travail en condition visuo-spatiale et un ralentissement de la vitesse de traitement dans la plupart des tâches administrées. Sur le plan mnésique, les performances étaient situées dans les normes. Suite à une agression grave et le développement de symptômes d'un état de stress post-traumatique, l'expertisé avait évolué défavorablement avec l'apparition d'une modification durable de la personnalité avec prédominance des traits paranoïaques après 2012, et l'émergence de symptômes dépressifs mineurs du registre de la dysthymie, empirant le tableau clinique. Les sources d'invalidité étaient la modification de la personnalité (repli sur soi, attitude hostile, crises de rage, sentiment de persécution du système), les troubles neuropsychologiques persistants sur le plan attentionnel et exécutif notamment, et la dysthymie (affects dépressifs, résignation et passivité). La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle et, dans une activité adaptée, de 50 % après six mois de traitement médicamenteux et psychothérapeutique centré sur la gestion de son impulsivité, puis de 100 % à l'échéance d'une période de six mois supplémentaires.

27. Par courrier du 5 avril 2017, l'OAI a imparti au recourant de suivre un traitement psychiatrique hebdomadaire avec un traitement neuroleptique, tout en relevant que le droit aux prestations allait être fixé dans six mois, à l'échéance du traitement.

28. Par décision du 31 mai 2017, la Bâloise a mis un terme à la prise en charge du cas (indemnités journalières et frais médicaux) avec effet au 26 avril 2014. Elle a souligné que l'arrêt du 19 septembre 2012 (ATAS/1143/2012) confirmait l'absence de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques présentés. Elle a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité: le revenu d'invalidité arrêté à CHF 50'837.- (ce qui correspondait au revenu que touchait un homme selon l'enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2014, TA1, niveau 1 [CHF 5'312.-], adapté à la moyenne de la durée hebdomadaire normale de travail dans les entreprises selon les statistiques fixées par l'office fédéral de la statistique, soit 41,7 heures, réduit de 15 % en raison de la diminution de rendement et compte tenu d'une réduction de 10% pour handicap) étant supérieur au revenu de valide de CHF 41'746.- (soit le revenu annuel selon le contrat de travail du 27 septembre 2011, versé au dossier [CHF 3'400.- / par mois dès le 1 er octobre 2011] × 12, réactualisé à 2014 selon l'indice suisse des salaires nominaux). La Bâloise a au surplus alloué, en raison des troubles neuropsychologiques, une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %, représentant la somme de CHF 18'900.- (CHF 126'000.- × 15/100).

29. Par pli du 6 juillet 2017, complété le 7 juillet 2017, l'assuré, sous la plume de son conseil, a formé opposition à cette décision. Il a contesté que la chambre de céans, dans l'arrêt antérieur opposant les parties, ait nié tout lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques présentés, l'autorité judiciaire ayant souligné qu'il appartenait à la Bâloise de réexaminer cette question sous l'angle des nouveaux éléments médicaux. Or, la Bâloise n'avait pas tenu compte des avis et rapports médicaux ressortant du dossier AI, établis postérieurement à l'expertise du 17 mars 2014, notamment l'expertise avec bilan neuropsychologique mise sur pied par l'OAI. Les séquelles neurologiques cognitives étaient par ailleurs désormais établies et reconnues comme étant stables depuis l'accident survenu en octobre 2011. Il a, en outre, contesté le taux de diminution de rendement de 15 %, dans la mesure où il était

totallement incapable de travailler depuis son accident. Il a enfin conclu notamment au versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 100 % d'au minimum CHF 126'000.-. [endif]>[if> 30. À la demande de la Bâloise, dans leur rapport du 4 septembre 2017, le Dr H_____ et M. G_____ ont expliqué que la perte à l'intégrité de 5 %, strictement neurologique, était intégrée dans la perte à l'intégrité globale. Selon la table 8 du barème LAA, l'atteinte modérée, justifiant une perte à l'intégrité de 20 %, était ramenée à 10 %, en raison des facteurs étrangers intervenant pour moitié. Ainsi, la perte à l'intégrité était de 15 % en tenant compte des éléments neurologiques (5 %) et neuropsychologiques (10 %). [endif]>[if> 31. Par décision du 5 septembre 2017, la Bâloise a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle n'avait pas à tenir compte des expertises réalisées pour le compte de l'assurance-invalidité. Elle a, ensuite, se référant au rapport du 17 mars 2014, indiqué que c'était à juste qu'elle avait clos le dossier au 26 avril 2014, la situation médicale de l'assuré étant stabilisée et aucun traitement médical ne permettant une amélioration notable de celle-ci. Elle a rappelé que les experts avaient retenu des troubles cognitifs avec un substrat partiellement de nature organique et considéré que les troubles neuropsychologiques et psychiques contre-indiquaient la reprise de l'activité d'agent de sécurité. Elle a également souligné qu'elle avait admis le lien de causalité entre les problématiques neuropsychologiques et psychiques (recte : neurologiques) mises en évidence et l'accident, à défaut elle n'aurait pas procédé au calcul de la rente. Le salaire de valide, incontesté, était correct. Par contre, le revenu d'invalidé devait plutôt se chiffrer à CHF 56'485.15, dès lors que la réduction cumulative (diminution de rendement dans l'activité exigible et réduction pour handicap) était exclue. De toute manière, le nouveau calcul ne donnait pas droit à une rente d'invalidité. Enfin, le versement d'au moins CHF 126'000.- à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité n'était pas justifié. [endif]>[if> 32. Par acte posté par pli recommandé le 13 octobre 2017, reçu par la chambre de céans le 16 octobre 2017, complété le 9 mars 2018, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre la décision précitée, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la mise en œuvre par l'intimée d'une instruction complémentaire sous la forme d'un examen scanner et/ou IRM crânien, à l'apport de la procédure pendante devant l'OAI, à l'audition des Drs E_____, J_____, L_____ et de Madame K_____, et à la mise sur pied d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire. Principalement, il a conclu à l'annulation de la décision attaquée, au versement d'indemnités journalières « jusqu'à ce jour, voire au-delà », à l'octroi d'une rente complète et au paiement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 100 % d'au minimum CHF 126'000.-. Il a repris les arguments développés dans son opposition. Il a ajouté que, selon les médecins et experts, toute activité adaptée était exclue compte tenu des troubles importants et durables qu'il présentait. Il a reproché à l'intimée de ne pas avoir procédé à un examen neurologique, si bien qu'il convenait d'ordonner des mesures d'instruction complémentaires, sous la forme d'un examen scanner et/ou IRM crânien afin de faire reconnaître ou d'exclure définitivement les lésions organiques secondaires ou séquellaires. Enfin, son dossier était incomplet ; il était dans l'attente d'une évaluation par l'OAI suite aux expertises diligentées par celui-ci. [endif]>[if> 33. Dans sa réponse du 20 mars 2018, l'intimée a, au préalable, fait valoir que le recours était probablement tardif, dès lors que l'acte, daté du 13 octobre 2017, avait été reçu par la chambre de céans le 16 octobre 2017. Elle s'en rapportait néanmoins à l'appréciation de celle-ci s'agissant de la recevabilité du recours. Au fond, elle a conclu au rejet du recours. Se référant à l'expertise du Dr F_____ et à celle du Dr H_____ et de M. G_____, elle a exposé que le recourant n'avait pas repris une activité professionnelle alors même qu'il lui

appartenait de faire tout ce qui était possible pour intégrer rapidement le monde du travail, dès lors que, tant pour les troubles psychiques que neuropsychologiques, les experts retenaient une capacité de travail au moins partielle du 1^{er} octobre 2011 à septembre 2012, date à compter de laquelle il avait retrouvé une capacité de travail complète dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 15 %. Ainsi, l'instruction complémentaire confirmait l'absence de rapport de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques. Dans la mesure où le recourant sollicitait le versement d'une rente d'invalidité, il reconnaissait qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de son état de santé. Le dossier AI du recourant confirmait également qu'il possédait, à tout le moins depuis le 26 avril 2014, une pleine capacité de travail exigible dans une activité adaptée. Les troubles rhumatologiques (atteinte à l'épaule et au genou gauche) et psychiques n'étaient par ailleurs pas du ressort de l'assureur LAA. [endif]>[if> 34. Dans sa réplique du 22 juin 2018, le recourant a persisté dans ses conclusions. S'appuyant sur le rapport du Dr E_____ du 18 juin 2018, joint à son écriture, il a estimé qu'il y avait lieu d'admettre l'intégralité de ses conclusions. Il a, en substance, réitéré les arguments développés dans ses écritures antérieures et ajouté que la procédure AI, en cours, n'avait abouti à aucune conclusion s'agissant de sa capacité de travail. Il a contesté que celle-ci fût entière dans une activité adaptée. [endif]>[if> 35. À l'appui de ses dires, le recourant a produit notamment le rapport du Dr E_____ du 18 juin 2018, évaluant la capacité de travail du recourant à 0 % dans toute activité, au vu des conclusions de l'expertise effectuée par le Dr J_____. Le constat clinique actuel révélait des troubles psychiatriques consécutifs à l'accident ainsi qu'une stagnation des troubles neuropsychologiques. Le taux d'invalidité était discutable, car les troubles psychiatriques, mis également en évidence lors de l'expertise AI, contre-indiquaient ou limitaient l'exigibilité dans une activité adaptée. Le dysfonctionnement sous-cortico-frontal avec une possible composante temporelle droite compatible avec les données de l'imagerie cérébrale démontrait l'existence du lien de causalité entre les lésions physiques endocrâniennes et les troubles neuropsychologiques. L'expert neurologue avait été partial lorsqu'il avait estimé que des facteurs indépendants du TCC étaient responsables pour moitié des troubles et réduit en conséquence le taux d'atteinte à l'intégrité. [endif]>[if> 36. Sur ce, la cause a été gardée à juger. [endif]>[if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). [endif]>[if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. a. Le délai de recours est de 30 jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). [endif]>[if> b. La décision est notifiée, non pas au moment où le destinataire en prend connaissance, mais le jour où elle est dûment communiquée; s'agissant d'un acte soumis à réception, la notification est réputée parfaite au moment où la décision entre dans la sphère de puissance de son destinataire (ATF 113 Ib 296 consid. 2a). En cas de remise des envois postaux dans une boîte aux lettres ou une case postale, un envoi recommandé est également réputé communiqué le dernier jour du délai de sept jours, qui court dès réception du pli par l'office postal du domicile du destinataire (ATF 134 V 49 consid. 4). c. En l'espèce, il est établi que la décision litigieuse, datée du 5 septembre 2017, a été distribuée au conseil du recourant le 13 septembre 2017, après que celui-ci ait été avisé le 6 septembre 2017 pour

retrait au guichet. Le délai de recours de 30 jours a donc commencé à courir le 14 septembre 2017 pour arriver à échéance le vendredi 13 octobre 2017, date de l'envoi par pli recommandé de l'acte de recours, que la chambre de céans a effectivement reçu le lundi 16 octobre 2017. Force est ainsi de constater que le recours, posté le 13 octobre 2017, a été interjeté dans le délai légal. Aussi le recours, qui respecte par ailleurs la forme prévue par loi (art. 61 let. b LPGA), est-il recevable. 3. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront par conséquent citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016. 4. Le litige porte, d'une part, sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre fin à ses prestations (versement d'indemnités journalières ainsi que prise en charge du traitement médical) avec effet au 26 avril 2014, suite à l'accident dont le recourant a été victime le 1^{er} octobre 2011, et d'autre part, sur le droit de celui-ci à une rente de l'assurance-accidents et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. 5. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). 6. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). 7. a. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n. U 341 p. 408 consid. 3b).

l'expérience de la vie, l'accident soit propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 3.1).

b. En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, car l'assureur répond dans ce cas aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb; arrêt du Tribunal fédéral 8C_694/2007 du 3 juillet 2008 consid. 4.1).

c. En présence de troubles psychiques apparus après un accident, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement; les accidents insignifiants ou de peu de gravité, tels qu'une banale chute, les accidents de gravité moyenne et enfin les accidents graves. Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa): - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; - la durée anormalement longue du traitement médical; - les douleurs physiques persistantes; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb).

d. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre les plaintes et un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, il y a également lieu d'abord d'opérer une classification des accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement; les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves (ATF 134 V 109 consid. 10.1; ATF 115 V 133 consid. 6). Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 117 V 359 consid. 6a). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références). Pour les accidents de gravité moyenne, en cas d'atteintes à la santé sans preuve de déficit organique consécutives à un traumatisme de type « coup du

lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme crânio-cérébral, il faut que soient réunis les critères objectifs, semblables à ceux exigés en cas de troubles psychiques (ATF 134 V 109 consid. 10.2): - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions ; - l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ; - l'intensité des douleurs ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes; - et, enfin, l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré.

L'examen de ces critères est effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques: ainsi, les critères relatifs à la gravité ou à la nature particulière des lésions subies, aux douleurs persistantes ou à l'incapacité de travail sont déterminants, de manière générale, sans référence aux seules lésions ou douleurs physiques (ATF 117 V 359 consid. 6a; ATF 117 V 369 consid. 4b). Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références). En cas d'accident de gravité moyenne proprement dit, la réalisation de trois des critères est suffisante (ATF 134 V 109 consid. 6.2.2, arrêt du Tribunal fédéral 8C_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.5). e. En présence d'une séquelle qui n'est pas attribuable à une atteinte organique objectivable d'origine accidentelle, tel qu'un tinnitus, le rapport de causalité adéquate avec l'accident ne peut pas être admise sans faire l'objet d'un examen particulier comme c'est le cas pour d'autres tableaux cliniques sans preuve d'un déficit organique. Des lésions traumatiques objectivables d'un point de vue organique ne sont admises que lorsque les résultats obtenus sont confirmés par des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostiques ou d'imagerie et que les méthodes utilisées sont reconnues scientifiquement (ATF 138 V 248 consid. 5 p. 251). Cela vaut aussi pour les déficits neuropsychologiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C_948/2012 du 7 mars 2013 consid. 2) 8. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Si l'assuré est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA).!

L'assureur-accidents ne peut clore le cas, à savoir mettre un terme à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières, que s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3; cf. également ATAS/882/2016 du 24 octobre 2016 consid. 5c). 9. La plupart des éventualités assurées (par exemple maladie, accident, incapacité de travail, invalidité, atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui

fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).>[if> 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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2). 10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).>[if> 11. a. En l'espèce, dans l'arrêt de renvoi du 19 septembre 2012, la chambre de céans a considéré que la causalité naturelle des troubles

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

b. L'intimée a alors confié une expertise au Dr H_____, neurologue, et à M. G_____, neuropsychologue, sur la base de laquelle elle a ensuite admis le lien de causalité adéquate entre les troubles neuropsychologiques et l'accident avant de clore le dossier avec effet au 26 avril 2014, considérant qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident à partir de cette date, et que la situation médicale du recourant était stabilisée. Quant aux troubles psychiques, elle a relevé qu'ils n'étaient pas à sa charge en l'absence d'un rapport de causalité adéquate.

c. Sur le plan somatique, dans leur rapport du 17 mars 2014 et son complément du 21 mai 2014, les experts retiennent, à titre de diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, un status après TCC mineur avec fracture temporale, lame d'hématome épidural et plaie du cuir chevelu le 1^{er} octobre 2011, un syndrome post-commotionnel majoré par des facteurs comportementaux, présents depuis le 1^{er} octobre 2011, des troubles exécutifs, ralentissement, troubles attentionnels, troubles mnésiques en mémoire de travail et en mémoire visuelle, présents depuis octobre 2011, et une efficacité intellectuelle modérément déficitaire à un test de niveau, depuis l'enfance. Ils expliquent que l'accident de 2011, associé à d'autres facteurs étrangers (soit une fatigue due à l'inversion du rythme nyctéméral, la faible efficacité intellectuelle pré-traumatique, des facteurs psychiques ou comportementaux), est la cause certaine des troubles neuropsychologiques persistants. Ces troubles étaient corrélés par un substrat organique, dès lors que l'accident avait entraîné une fracture temporale droite et un hématome épidural temporo-frontal. Ainsi, ils considèrent que les atteintes neuropsychologiques constituent des atteintes de nature organique. En outre, les experts relèvent que le recourant ne suivait plus de traitements médicamenteux ou de thérapie physique en relation avec les suites de l'agression d'octobre 2011. En intégrant dans les atteintes neuropsychologiques constatées les facteurs psychiques et comportementaux, ils évaluent la capacité de travail, sur le seul plan neuropsychologique, comme étant nulle dans l'activité habituelle d'agent de sécurité et de 100 % dans une activité adaptée (manuelle simple et répétitive), avec un rendement diminué de 15 %, à compter du 1^{er} septembre 2012. L'atteinte à l'intégrité est de 15%. Toutefois, en tenant compte de tous les déficits cognitifs révélés dans le bilan neuropsychologique, la diminution de rendement est de 30 % et l'atteinte à l'intégrité de 20 %.

12. a. La chambre de céans constate que les conclusions des experts sont fondées sur une anamnèse détaillée,

des examens cliniques, le dossier médical et les plaintes du recourant. Leurs conclusions sont claires, motivées et cohérentes, de sorte que leur rapport d'expertise présente en principe valeur probante.!

b. Toutefois, le recourant reproche à l'intimée de ne pas avoir tenu compte des avis et rapports médicaux ressortant de son dossier de l'assurance-invalidité, notamment de l'expertise avec bilan neuropsychologique mise sur pied par l'OAI. S'il est vrai que lesdits documents, produits par le recourant, sont antérieurs à la décision litigieuse (du 5 septembre 2017), ils ne mettent pas en cause le bien-fondé des conclusions des experts du CEMed. En effet, dans le rapport du 4 décembre 2015, Mme I_____, psychologue spécialiste en neuropsychologie, observe certes des troubles sévères au niveau mnésique, attentionnel et exécutif, mais conclut que le bilan est globalement superposable au bilan de décembre 2011, avec même quelques performances légèrement meilleures. Quant au rapport du 20 février 2017 du Dr J_____, complété par un bilan neuropsychologique, effectué par Mme K_____, psychologue spécialiste en psychothérapie, il retient des diagnostics de nature psychique (modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe et dysthymie), lesquels ne sont toutefois pas pertinents dans le cadre de l'examen de la situation médicale du recourant sur le plan neuropsychologique. De surcroît, il fait état, sous l'angle neuropsychologique, des mêmes atteintes que celles soulevées par le Dr H_____ et M. G_____ (à savoir des difficultés d'attention, un trouble exécutif, un déficit léger de mémoire de travail, un ralentissement de la vitesse de traitement). Ainsi, le Dr J_____ et Mme K_____ ne mettent pas en évidence d'éléments qui auraient été ignorés dans le rapport d'expertise du CEMed ni une aggravation au niveau cognitif. Quant aux autres documents (certificat du 14 août 2013 émanant de l'unité médicale à la prison de Champ-Dollon, les rapports du Dr E_____ des 29 avril 2014, 3 décembre 2015 et 16 février 2016), ils mentionnent essentiellement des troubles psychiques et non somatiques. Il s'ensuit qu'il n'y a pas d'indice mettant en cause le rapport d'expertise des Dr H_____ et M. G_____. 13.

a. Au vu dudit rapport d'expertise, le recourant présente une lésion cérébrale, découlant de l'accident, à l'origine des déficits cognitifs observés (soit des troubles mnésiques, attentionnels et exécutifs). Ces déficits ne sont pas corroborés par des examens radiologiques. En effet, les experts H_____ et G_____ mentionnent qu'aucun document radiologique n'était à disposition et ils n'ont pas non plus procédé à des examens radiologiques complémentaires. Toutefois, la question de savoir si les lésions sont observables sur de tels examens peut rester ouverte, au vu de ce qui suit. En effet, la causalité adéquate doit être admise sur la base des critères élaborés par notre Haute Cour pour le traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable.!

b. Ainsi que l'avait constaté la chambre de céans dans l'arrêt de renvoi, il y a lieu d'admettre des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou un caractère particulièrement impressionnant de l'accident, le recourant ayant vu la peau du front pendre sur son visage. Néanmoins, le caractère spectaculaire de l'agression doit être tempéré, le recourant exerçant un métier à risque dans lequel il doit s'attendre à ce genre d'événements. L'agression est en outre survenue dans un climat déjà tendu, après que le recourant a essayé d'éloigner son agresseur du bar qu'il surveillait, ce qui a dû atténuer l'effet de surprise (ATAS/1143/2012 consid. 9).

c. Il y a lieu de reconnaître que le critère de la gravité ou la nature particulière des lésions est réalisé, car le recourant a souffert en particulier d'une fracture du crâne, d'une plaie cutanée temporale droite suturée par quinze agrafes, ainsi que d'une bulle de pneumocrâne. Il a donc été touché sévèrement à la tête.

d. Le critère de l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible n'est quant à lui pas rempli, le traitement ayant consisté essentiellement en médicaments et

psychothérapie, ce qui ne revêt pas le caractère de pénibilité requis par la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 8C_55/2013 du 7 janvier 2014 consid. 4.5.4). e. L'intensité des douleurs est quant à elle examinée au regard de leur crédibilité, ainsi que de l'empêchement qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4). En l'espèce, le recourant souffre, depuis son accident, de céphalées et de vertiges persistants, ainsi que des troubles mnésiques et de la concentration. On ne saurait toutefois déduire de cette énumération que les douleurs subies par l'intéressé revêtent l'intensité exigée par la jurisprudence (cf. ATF 134 V 109 consid. 10.2.4; arrêts du Tribunal fédéral 8C_55/2013 du 7 janvier 2014 consid. 4.5.5; U.83/02 du 14 octobre 2002 consid. 4.2.4), ce d'autant qu'aucune pièce au dossier ne fait état de difficultés particulières rencontrées par le recourant dans sa vie quotidienne en raison de ses douleurs. f. Le dossier ne fait état d'aucune erreur médicale. g. Le critère des difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes requiert l'existence de motifs particuliers ayant compromis la guérison (cf. Alexandra RUMO-JUNGO/ André Pierre HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4^{ème} éd., 2011, p. 72 ad art. 6 LAA et les références). À cet égard, le simple motif que la situation d'un assuré ne connaît pas d'amélioration significative depuis la survenance d'un accident ne suffit pas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 5). Le seul fait qu'une thérapie régulièrement suivie ne débouche pas sur une absence de douleurs non plus (arrêt du Tribunal fédéral 8C_915/2009 du 10 février 2010 consid. 4.5). Il en va de même du suivi d'un traitement médical et de l'existence de troubles importants, voire même d'une dégradation de l'état de santé psychique et physique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_68/2009 du 7 mai 2009 consid. 5.4). Au vu de ces principes, il est exclu de considérer que la situation du recourant satisfasse au critère des difficultés et/ou des complications importantes apparues au cours de la guérison. h. Enfin, en ce qui concerne l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré, ce n'est pas la durée de l'incapacité qui est déterminante, mais bien plutôt son importance au regard des efforts sérieux accomplis par l'assuré pour reprendre une activité. L'intensité des efforts exigibles doit être mesurée à la volonté reconnaissable de l'intéressé de faire tout ce qui est possible pour réintégrer rapidement le monde du travail, au besoin en exerçant une autre activité compatible avec son état de santé (ATF 134 V 109 consid. 10.2.7). En l'occurrence, certes, le recourant dispose, au niveau neuropsychologique, d'une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à un taux relativement élevé (85%) dès le 1^{er} septembre 2012 selon le rapport d'expertise du CEMed. Toutefois, l'examen des critères ici examinés est effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques et psychiques. Or, il ressort des rapports médicaux que, sur le plan psychique, l'incapacité de travail du recourant depuis son accident en octobre 2011 était de longue durée. En effet, dans son expertise du 2 octobre 2013, le Dr F_____ admet une incapacité de travail, du moins partielle, jusqu'en décembre 2012, soit d'une durée de 15 mois. Dans son rapport du 29 avril 2014, le Dr E_____ fait état d'un épisode dépressif sévère jusqu'en juin 2012 et d'un épisode dépressif moyen jusqu'en janvier 2013. Il évalue la capacité de travail entre 30 à 50% dès janvier 2014. Il est à noter toutefois que le psychiatre traitant diagnostique auparavant, en décembre 2011, un épisode dépressif d'intensité moyenne post-traumatique, avec une symptomatologie anxieuse et des flashbacks, une irritabilité et une fatigabilité. Puis, l'état du recourant s'est aggravé après la mesure aux EPI en décembre 2015, avec nécessité d'un traitement psychiatrique hebdomadaire et d'un traitement neuroleptique pendant six mois au minimum, selon l'expertise des Dr J_____ et Mme K_____. Certes, il n'y a pas d'efforts reconnaissables de la part du recourant pour se

réinsérer dans le marché du travail. Toutefois, cela ne peut guère lui être reproché au vu du trouble dépressif moyen, du moins dans les mois qui ont suivi l'accident. Le problème psychique doit par ailleurs faire partie des plaintes psycho-somatiques typiques d'une lésion crânio-cérébrale et ne pas constituer une atteinte psychique indépendante, afin que l'incapacité de travail due aux troubles psychiques puisse être prise en compte dans l'appréciation de l'importance de l'incapacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 9.5 p. 126). Ce tableau clinique typique comprend de multiples plaintes comprenant des maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration, de la mémoire et de la vue, nausées, fatigabilité, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc. (ibidem consid. 6.2.1 p. 116). En l'occurrence, ces troubles psychiques typiques d'une lésion crânio-cérébrale sont présents, à savoir l'irritabilité, la dépression et la modification du caractère. Le recourant souffre également d'un état de stress post-traumatique. Compte tenu des troubles cognitifs et d'une symptomatologie anxio-dépressive significative, la reprise de travail a été jugée prématurée en décembre 2011, dans le rapport du 15 décembre 2011 des HUG. Cela étant, il doit être admis que les troubles psychiques faisaient au début encore partie du tableau typique et que, de ce fait, une incapacité de travail d'au moins trois mois doit être admise, d'autant plus que les troubles cognitifs sont de nature à amplifier également les troubles psychiques. Un état de stress post-traumatique doit aussi être considéré comme faisant partie des symptômes auxquels il faut s'attendre après une agression violente provoquant une lésion crânio-cérébrale importante. Demeure réservée la question de savoir si, dès 2012, l'atteinte psychiatrique doit être considérée comme une affection psychique indépendante. Une incapacité de travail d'au moins trois mois en rapport avec l'accident devant être admise, il y a lieu de retenir que le critère de l'importance de l'incapacité de travail est réalisé. h. Au vu de ce qui précède, il sied de constater que la condition du cumul de trois critères au moins – pour qu'un lien de causalité entre les déficits cognitifs observés et l'accident du 1^{er} octobre 2011, de gravité moyenne, soit admis - est remplie (à savoir les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques de l'accident, la gravité des lésions, et l'importance de l'incapacité de travail). 14. Cela dit, au niveau neuropsychologique, le recourant ne suivait plus de traitement médical ou de thérapie physique après sa sortie des HUG le 7 octobre 2011. Son état est resté en outre stable, comme les différents bilans l'ont démontré. Par conséquent, l'intimée était en droit de considérer que l'état de santé du recourant était stabilisé et qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la poursuite du traitement médical une sensible amélioration de cet état. Cela vaut d'autant plus que le recourant lui-même, dans son opposition, indique que les séquelles cognitives sont stables. Aussi doit-on considérer que l'état de santé de celui-ci est effectivement stationnaire.!

!> Dans ces conditions, l'intimée était fondée à mettre fin au paiement des indemnités journalières à partir du 26 avril 2014 et à examiner dès ce moment-là les conditions du droit éventuel à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. 15. a. Reste à déterminer si le recourant a droit à une rente d'invalidité en raison des troubles neuropsychologiques.!

!> b. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de

comparaison des revenus; ATF 130 V 343 consid. 3.4; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). c. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. Il correspond au revenu effectivement réalisé par l'intéressé pour autant que les rapports de travail apparaissent particulièrement stables, qu'en exerçant l'activité en question celui-ci mette pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible et encore que le gain ainsi obtenu corresponde à son rendement effectif, sans comporter d'éléments de salaire social. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales résultant des DPT établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). La jurisprudence a renoncé à donner la préférence à l'une des deux méthodes d'évaluation (cf. Jean-Maurice FRESARD, Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], vol. XIV, Sécurité sociale, 3^{ème} éd. 2016, p. 980 n. 240). d. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3.). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). 16. a. En l'occurrence, il y a lieu de rappeler que la capacité de travail du recourant, demeurée inchangée sur le plan cognitif depuis le 1^{er} septembre 2012, est nulle dans l'activité habituelle d'agent de sécurité et de 100 % dans une activité adaptée (manuelle simple et répétitive), avec un rendement diminué de 15 %.

b. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se

placer au moment de la naissance du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral U.311/02 du 4 février 2003 consid. 4.1), soit en l'occurrence le 26 avril 2014, date à laquelle l'état de santé du recourant peut être considéré comme stabilisé (art. 19 al. 1 LAA). La comparaison des revenus doit donc se faire au regard de cette année-là. S'agissant du revenu annuel sans invalidité que le recourant aurait pu obtenir en 2014, il y a lieu de se référer au contrat de travail du 27 septembre 2011, dont il ressort que le recourant percevait un salaire mensuel brut de CHF 3'400.- en dernier lieu avant son accident. Le salaire annuel s'élève donc à CHF 40'800.- ($3'400 \times 12$). Réactualisé à 2014 selon l'indice suisse des salaires nominaux pour les hommes (ISS ; en 2011 : 2171 et en 2014 : 2220), ce revenu se chiffre à CHF 41'721.- ($40'800 \times 2220 / 2171$) et non CHF 41'746.- comme indiqué dans la décision litigieuse. S'agissant du revenu avec invalidité en 2014, dès lors que le recourant n'a pas repris d'activité professionnelle après son accident, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base des statistiques salariales figurant dans l'ESS. Le salaire de référence est celui que peuvent réaliser les hommes dans des activités simples et répétitives dans le secteur privé. D'après l'ESS 2014, ce revenu s'élève à CHF 5'312.- par mois (tableau TA1_tirage_skill_level, niveau 1, total, homme, part au 13^{ème} salaire comprise) ou à CHF 63'744.- par année ($5'312 \times 12$). Ce salaire hypothétique se base toutefois sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises. Il convient dès lors de l'ajuster à la durée hebdomadaire normale de travail en 2014, lequel est de 41,7 heures (cf. tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'office fédéral de la statistique), ce qui porte le salaire annuel à CHF 66'453.- pour un plein temps ($63'744 \times 41,7 / 40$), réduit à CHF 56'485.- en raison de la diminution de rendement de 15 % ($66'453 - 9'967.95$) ($9'967.95 = 66'453 \times 15 / 100$). Il y a encore lieu d'examiner s'il convient d'appliquer un abattement. À cet égard, ainsi que l'intimée le relève à juste titre, lorsqu'un assuré est capable, comme en l'espèce, de travailler à plein temps mais avec une diminution de rendement, celle-ci est prise en considération dans la fixation de la capacité de travail, de sorte qu'il n'y a pas lieu, en sus, d'effectuer un abattement à ce titre (arrêt du Tribunal fédéral 8C_80/2013 du 17 janvier 2014 consid. 4.2). S'agissant des autres facteurs pouvant, le cas échéant, entrer en considération comme l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ils ne constituent pas, dans le cas du recourant, des éléments susceptibles d'avoir un effet sur le montant du salaire que celui-ci pourrait prétendre sur le marché du travail. En effet, il est encore jeune (39 ans en 2014) et titulaire d'un permis B – étant relevé à cet égard que les salaires statistiques sont établis en fonction de la population résidente aussi bien suisse qu'étrangère (arrêt du Tribunal fédéral I.640/00 du 16 avril 2002 consid. 4d/bb [résumé in : REAS 2002 p. 308]). Au moment de son accident, il venait tout juste de commencer à travailler pour son employeur, ce qui n'est pas une durée assez longue pour pouvoir bénéficier de conditions particulières liées à l'ancienneté. On ajoutera que le manque d'expérience du recourant dans une nouvelle profession n'est pas non plus un facteur susceptible de jouer un rôle significatif sur ses perspectives salariales, puisque les activités adaptées envisagées (simples et répétitives) ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique, et que tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage. Aussi n'y a-t-il pas lieu d'effectuer un abattement à ce titre (arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018, 8C_131/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). Pour l'ensemble de ces motifs, un abattement ne se justifie pas in casu. c. Le revenu avec invalidité (CHF 56'485.-) étant supérieur au revenu sans invalidité (CHF 41'721.-), le recourant ne subit aucune incapacité de gain et n'a dès lors pas droit à une rente de l'assurance-accidents (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_537/2016 du 11

avril 2017 consid. 6.3). Le contrat de travail du 27 septembre 2011 ne spécifie pas si le recourant touchait un 13^{ème} salaire. Cela étant, la solution serait identique même dans cette hypothèse, car le revenu avec invalidité demeure supérieur au revenu sans invalidité, lequel asende à CHF 44'200.- ($3'400 \times 13$), soit CHF 45'198.- après adaptation de ce montant à l'évolution des salaires en 2014 selon l'indice suisse des salaires nominaux pour les hommes ($44'200 \times 2220/2171$). d. Enfin, même si on tenait compte d'une diminution de rendement de 30 % (au lieu de 15 %) eu égard aux seuls déficits cognitifs révélés dans le bilan neuropsychologique, le recourant n'aurait pas droit à une rente LAA, car le revenu avec invalidité s'élèverait à CHF 46'517.- ($66'453 - 19'936$) ($19'936 = 66'453 \times 30/100$), montant toujours supérieur au revenu sans invalidité (CHF 41'721.- ou CHF 45'198.-). 17. Reste à examiner le droit du recourant aux prestations d'assurance pour ce qui concerne les troubles psychiques. Il sied notamment de réexaminer s'il remplit le critère d'une longue incapacité de travail pour des raisons somatiques.!

Par rapport aux éléments de fait pris en compte lors du précédent arrêt de la chambre de céans, il sied de constater que le recourant présente des troubles cognitifs avérés en lien avec l'accident, troubles qui doivent être considérés comme faisant partie d'une atteinte somatique. Toutefois, sa capacité de travail n'est que modérément diminuée de ce fait, selon l'expertise des Dr H_____ et M. G_____. En effet, la diminution de rendement n'est que de 15%. Les troubles cognitifs n'ont que peu évolué depuis le bilan neuropsychologique du 15 décembre 2011. Celui-ci était par ailleurs globalement superposable au bilan effectué en octobre 2011, excepté une réduction du ralentissement. En décembre 2011, la reprise du travail a été jugée prématurée en raison des troubles cognitifs. Quant au Dr H_____ et M. G_____, ils estiment dans leur expertise qu'une incapacité de travail complète, sur le plan neurologique, peut être admise pendant les six mois qui ont suivi l'accident. Elle est durant les six mois suivants de 50%, soit jusqu'en septembre 2012. Toutefois, ce faisant, ces experts se sont référé à l'expertise du Dr F_____. Or, celui-ci a évalué la capacité de travail sur le plan psychique, de sorte que son évaluation ne peut être transposée au caractère invalidant des troubles cognitifs. En outre, les troubles psychiques ont exercé assez tôt une influence déterminante sur l'état de santé de l'intéressé, de sorte que l'incapacité de travail due aux seuls troubles physiques, y compris les troubles cognitifs, ne peut pas être considérée comme particulièrement longue, selon la jurisprudence en la matière (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_729/2016 du 31 mars 2017 consid. 5.5.2.3; 430/04 du 14 avril 2005 consid. 4.12). Ainsi, le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques n'est pas rempli. Cela étant, le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident doit être nié, si bien que l'intimé a refusé à raison ses prestations pour l'incapacité de travail résultant des atteintes psychiques. 18. a. Il convient encore d'examiner si le recourant a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure à 15 %. !

b. Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1^{ère} phrase); elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2^{ème} phrase). L'art. 22 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 [OLAA - RS 832.202]), dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2015, indique que le montant maximum du gain assuré s'élève à

CHF 126'000.- par an. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). c. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_451/2009 du 18 août 2010 consid. 3.2) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 annexe 3 OLAA). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité est fixée d'après l'ensemble du dommage (art. 36 al. 3, 1^{ère} phrase, OLAA). La Division médicale de la SUVA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer dans la mesure du possible l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc; arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1.2). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité dépend de la gravité de l'atteinte et se détermine d'après les constatations médicales. Son évaluation incombe avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2 et la référence citée). d. Selon l'art. 36 al. 2 LAA, les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité ainsi que les rentes de survivants sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident (première phrase). Toutefois, en réduisant les rentes, on ne tiendra pas compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain (seconde phrase). Partant du principe que l'assurance-accidents n'intervient que pour les conséquences des accidents, l'art. 36 al. 2, 1^{ère} phrase, LAA prévoit donc une réduction possible des indemnités pour atteinte à l'intégrité en cas de lésions causées par des facteurs extérieurs à l'accident (comme un état maladif antérieur). L'application de cette disposition suppose néanmoins que l'accident et l'événement non assuré aient causé conjointement une atteinte à la santé et que les troubles résultant des facteurs assurés et non assurés coïncident. Par ailleurs, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que la seconde phrase de l'art. 36 al. 2 LAA n'est pas applicable aux indemnités pour atteinte à l'intégrité (arrêt du Tribunal fédéral U.376/07 du 29 juin 2007 consid. 2 publié in SVR 2008 UV n. 6 p. 19). Il s'ensuit que cette prestation peut être réduite en raison d'un état préexistant, même si cet état n'avait aucune incidence sur la capacité de gain de la personne assurée avant l'accident. En vertu de l'art. 47 OLAA, l'ampleur de la réduction des indemnités pour atteinte à l'intégrité, qui est opérée en raison de causes étrangères à l'accident, est déterminée en fonction du rôle de

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

19. a. En l'espèce, le Dr H_____ (neurologue) et M. G_____ (neuropsychologue) ont évalué l'atteinte à l'intégrité en se référant à la table 8 des barèmes d'indemnisation des atteintes à l'intégrité de la SUVA, intitulée « Atteinte à l'intégrité pour les complications psychiques de lésions cérébrales », laquelle prévoit un taux de 20 % pour une atteinte modérée (cf. <https://www.suva.ch/materiel/documentation/table%2008%20atteinte%20a%201%20integrite%20pour%20les%20complications%20psychiques%20des%20lesions%20cerebrales>). Les experts, qui ont qualifié l'atteinte du recourant de modérée, ont fixé celle-ci à 15 % (10% [troubles neuropsychologiques] et 5 % [troubles neurologiques]). Ils ont expliqué que l'atteinte neuropsychologique était ramenée à 10 % pour tenir compte du fait qu'elle n'était que partiellement imputable à l'accident. ![endif]>![if> b. Le recourant réclame le versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 100 %, en se référant au rapport du Dr E_____ du 18 juin 2018, lequel doute de l'impartialité des experts car ils avaient réduit le taux d'atteinte à l'intégrité au motif que des facteurs indépendants du traumatisme étaient responsables pour moitié des troubles neuropsychologiques. Force est de constater qu'aucun élément objectif n'est propre à mettre sérieusement en cause l'appréciation des experts, laquelle est conforme à l'art. 36 al. 2 LAA, qui prévoit précisément une réduction de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité en raison de causes étrangères à l'accident. Au vu de ce qui précède, le montant de l'atteinte à l'intégrité (CHF 18'900.-) octroyé au recourant ne prête pas le flanc à la critique, puisque le montant maximal du gain assuré s'élevait à CHF 126'000.- à l'époque de l'accident (126'000 × 15/100 = 18'900). 20. Cela étant, le recours sera rejeté.![endif]>![if> 21. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).![endif]>![if> *** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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