

GE_GERICHTE A/548/2007 vom 2. Mai 2008

GE Cour de justice, 2008-05-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_548_2007

FR: GE_GERICHTE A/548/2007 du 2 mai 2008

IT: GE_GERICHTE A/548/2007 del 2 maggio 2008

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 02.05.2008
A/548/2007

A/548/2007 ATAS/561/2008 du 02.05.2008 (LAA) , ADMIS En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/548/2007
ATAS/561/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES
Chambre 3 du 2 mai 2008 En la cause Monsieur H_____, domicilié à GENÈVE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Mauro POGGIA recourant contre
LA BALOISE COMPAGNIE D'ASSURANCES, sise Aeschengraben 21, BALE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Christian GROSJEAN intimée
EN FAIT A compter du 1^{er} février 2001, Monsieur H_____ a été employé par
X_____ en qualité d'apprenti vendeur en zoologie. A ce titre, il était assuré
obligatoirement contre le risque accident professionnel et non professionnel auprès de LA
BALOISE ASSURANCES (ci-après : LA BALOISE ou l'assureur). Le 4 août 2001,
l'assuré a été renversé par une voiture alors qu'il traversait à pied la chaussée sur un passage
de sécurité, le feu pour les piétons étant au rouge (jugement du Tribunal de police du 3
septembre 2002). L'employeur a annoncé le cas à LA BALOISE. Du rapport d'accident
rédigé par la gendarmerie de Genève, il résulte que le choc a eu lieu entre la voiture
conduite par I_____, qui circulait à une vitesse inadaptée aux conditions de la route et
du trafic, et l'assuré contre lequel ont été retenues deux infractions : engagement sans
circonspection sur la chaussée et non-observation d'un signal lumineux (rapport d'accident).
Suite à cet événement, l'assuré a été transporté aux hôpitaux universitaires de Genève
(HUG). Les médecins ont posé les diagnostics suivants (rapport médical initial LAA et
rapport médical du 26 novembre 2001) : traumatisme crânio-cérébral sévère avec déficits
neurologiques secondaires, œdème cérébral avec lésions axonales diffuses et contusion
hémorragique pariétale gauche, fractures de l'arc antérieur et postérieur de C1, fracture
comminutive de la diaphyse fémorale droite, fracture de l'apophyse épineuse de D3,
chondrite de l'oreille droite, pneumothorax droit, hémiparésie facio-brachiale droite, ataxie
cinétique, dysarthrite et troubles de l'attention. L'assuré a suivi des séances d'ergothérapie,
de physiothérapie, d'orthophonie et de neuropsychologie. Sa capacité de travail était
évaluée à 0%, avec toutefois un pronostic favorable pour une reprise d'apprentissage à
temps plein. Dans un rapport du 30 juillet 2002, le docteur L_____, chef adjoint de la
Clinique de rééducation des HUG, a attesté que les plaintes du patient (douleurs cervicales,
douleurs au membre inférieur droit, bégaiement, difficulté à chercher les mots, fatigabilité
mentale notamment) s'expliquaient tout à fait par les complications de l'accident dont il
avait été victime. Les séances de physiothérapie et de logopédie se poursuivaient et le
patient était suivi à l'atelier avec pour objectif de le former comme employé de cuisine. Il
était très difficile de se prononcer sur le pronostic, l'amélioration des déficits étant encore
possible au cours de l'année à venir. Le 17 décembre 2002, le docteur L_____ a

indiqué que le traitement médical était terminé et qu'il n'avait pas de proposition particulière. Le patient se plaignait de symptômes d'anxiété et réaction de panique, de fatigue physique et mentale, de douleurs au membre inférieur droit ; il présentait toujours des troubles mnésiques des fonctions exécutives, des troubles attentionnels, un bégaiement. L'atteinte cognitive était d'importance modérée à sévère. Enfin, un dommage permanent était à craindre. Du 20 au 23 août 2003, l'assuré a été hospitalisé afin de subir l'ablation du clou fémoral droit. Le 16 janvier 2002, Robert H_____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction de son dossier, il a notamment été soumis à une évaluation psychotechnique aux termes de laquelle la psychologue a préconisé une formation modulable, « sur le tas », de moins d'un an, dans le domaine du secrétariat médical, de la réception ou en qualité d'auxiliaire de santé (domaine intéressant l'assuré). Mais les difficultés de concentration, d'attention et de mémoire, ainsi que la lenteur d'exécution pourraient constituer un obstacle selon le type de formation envisagée. Une formation plutôt courte, ne demandant pas de port de charges ni une trop grande résistance physique, avec possibilité d'aménager un horaire souple était privilégiée. Il était toutefois encore prématuré pour affirmer qu'une intégration sur le marché économique ouvert serait réalisable, au vu des nombreuses séquelles liées à l'accident (rapport du 13 janvier 2003). L'Office cantonal de l'assurance-invalidité a ensuite mis en œuvre un stage d'observation professionnelle qui a conclu à une capacité de travail résiduelle de 30 % inexploitable dans le circuit économique en raison des séquelles de l'accident (rapport du 22 août 2003). Par décisions des 13 janvier et 4 mai 2004, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité. Les organes de l'assurance-invalidité ont en effet conclu que les séquelles neuropsychologiques du traumatisme crânien étaient telles que seule une activité en atelier protégé était envisageable et seulement à 50 % ; par ailleurs, une amélioration notable dans un proche avenir ne pouvait être attendue. Le 12 février 2004, l'Office d'orientation et de formation professionnelle a informé LA BALOISE que son assuré avait signé un contrat d'apprentissage avec la Société Y_____ pour la période du 21 août 2000 au 20 août 2002, en qualité de vendeur en alimentation générale. Ledit contrat avait été résilié avec effet au 25 novembre 2000. Par la suite, il avait poursuivi sa formation en tant que vendeur en zoologie auprès de X_____ du 1^{er} février 2001 au 28 août 2002, mais le contrat d'apprentissage avait été résilié le 21 juillet 2001 avec effet au 31 du même mois étant donné la non-promotion en 2^{ème} année de vendeur. L'Office ne disposait par contre d'aucun renseignement relatif aux projets de réorientation de l'intéressé. Ce dernier a précisé à l'attention de son assureur que son contrat d'apprentissage avec X_____ avait initialement été résilié par son employeur pour le 31 août 2001. Souhaitant retrouver une place d'apprentissage pour la rentrée, il avait demandé à être libéré pour le 31 juillet 2001, afin d'effectuer des recherches. Son but était de retrouver une place d'apprentissage dans la vente, pour le 1^{er} septembre 2001. Le 12 juillet 2004, l'assuré s'est entretenu avec un inspecteur de LA BALOISE. Il a relaté, à cette occasion, que le contrat d'apprentissage avec Y_____ avait été résilié en raison d'une question d'horaire. Quant à celui signé avec X_____, il l'avait été en raison des mauvais résultats scolaires. L'accident était survenu trop rapidement pour qu'il ait pu effectuer la moindre démarche en vue de trouver un nouveau maître d'apprentissage. Il aurait souhaité poursuivre celui-ci dans le domaine de la vente de disques impliquant des contacts avec la clientèle. Actuellement, il travaillait en tant qu'aide en cafétéria au Centre de Cressy à raison de 4 heures par jour, 4 jours par semaine pour un salaire de 168 francs mensuel (note d'entretien). Le docteur M_____ a rédigé un rapport médical en date du 21 février 2005.

Outre les diagnostics connus et inchangés, il a mentionné des troubles attentionnels fronto-mnésiques en régression, une hémiparésie droite à prédominance facio-brachiale régressive, une performance sévèrement déficitaire sur le plan de la mémoire de travail et de l'attention et dans une moindre mesure des fonctions exécutives. Le patient, qui se plaignait de douleurs dans la jambe droite et à la nuque, de troubles mnésiques lui provoquant un sentiment de « cafard » régulier, d'insomnies et de cauchemars, ainsi que de sentiments de peur, parlait d'une voix monotone et ralentie était tendu et angoissé. L'intégralité des plaintes constituait des séquelles d'un poly-traumatisme sévère. L'intéressé travaillait dans un atelier protégé en augmentant progressivement ses heures de travail et bénéficiait d'entretiens de soutien. Il avait amélioré ses capacités et de légères améliorations étaient encore possibles, mais une capacité de travail entière semblait exclue au médecin. A la demande de LA BALOISE, l'assuré s'est soumis à une expertise médicale auprès du Centre d'expertise médicale de Genève. Dans leur rapport du 30 mars 2006, les docteurs N _____, médecin-chef, et O _____, spécialiste en médecine interne - rhumatologie, ont diagnostiqué des troubles neuropsychologiques secondaires à un accident sur la voie publique avec traumatisme crânio-cérébral sévère (lésions axonales diffuses, contusion hémorragique pariétale gauche) ; les troubles consistaient en un ralentissement sévère dans la plupart des tâches d'attention, des déficits importants de la mémoire de travail et de la mémoire épisodique en modalité verbale, des problèmes exécutifs, des altérations discrètes du comportement et du cours de l'action typiquement frontal, une détérioration de l'efficacité intellectuelle et une atteinte discrète de la parole et du graphisme. Ils ont également mentionné, en tant que diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, un excès pondéral (indice de masse corporelle 28,55), des douleurs récurrentes du membre inférieur droit proximal dans le contexte d'un status après fracture comminutive de la diaphyse fémorale droite, des cervicalgies récurrentes dans le contexte d'un status après fracture de l'arc antérieur et postérieur de C1, des lombalgies mécaniques récurrentes, des troubles mentaux dus à une lésion ou à un dysfonctionnement cérébral (F 06.9), une labilité émotionnelle organique (F 06.6), des troubles de l'humeur organiques (F 06.3), un status après fracture de l'hypophyse épineuse de D3, un status après pneumothorax post-réintubation et un status après chondrite de l'oreille droite. En ce qui concerne le lien de causalité entre les affections constatées et l'accident du 4 août 2001, les experts ont estimé que les séquelles que présentait l'assuré étaient en relation de causalité avec l'accident, excepté les lombalgies (affection antérieure à l'accident) et le quotient intellectuel déficitaire. A ce propos, ils ont retenu qu'il était probable que le quotient intellectuel avant l'accident était faible, mais il n'y avait pas d'indices attestant qu'il était déficitaire au point où il apparaissait au moment de l'expertise ; il n'y avait notamment pas eu de mesure AI dans l'enfance et l'adolescence. Le quotient intellectuel actuel signait un déficit sévère et ce fait résultait aussi des lésions cérébrales dues à l'accident d'août 2001. Les limitations relatives à la capacité de travail étaient d'ordre neuropsychologique : fatigabilité avec manque d'attention dans la durée, tendance à exécuter les tâches selon ses possibilités, c'est-à-dire ordre non respecté, trouble de la mémoire avec besoin de noter les consignes pour se les rappeler, trouble du comportement avec difficulté à maintenir la limite entre soi et autrui, faible capacité intellectuelle. En raison de ces troubles, seule une activité adaptée, sans exigences intellectuelles et évitant les situations de stress (par exemple : suivre le rythme d'une machine ou d'une équipe ; plusieurs ordres en même temps à trier par lui-même) pouvait convenir à l'assuré. Dans un milieu protégé, tel que celui où il se trouvait actuellement, ou dans une activité simple, avec un bon encadrement hiérarchique

pouvant gérer les difficultés de l'assuré, notamment les difficultés comportementales, une activité à temps complet était envisageable. Toutefois, cette dernière ne devait pas impliquer le maintien prolongé d'une position statique, ni le port de charge répété ou les mouvements en porte-à-faux du tronc eu égard aux épisodes récurrents de lombalgies. L'activité d'aide en cafétéria exercée par l'assuré semblait adéquate aux médecins. Compte tenu du temps écoulé depuis l'accident, aucune amélioration ne pouvait être attendue tant au niveau de l'état de santé que de la capacité de travail, les mesures médicales de rééducation ayant pas ailleurs été menées à terme. Enfin, vu les troubles neuropsychologiques importants, l'atteinte à l'intégrité devait être estimée à 50 % (retour à l'activité de vendeur impossible, besoin de surveillance en raison de la diminution de la capacité d'autocritique). Les experts ont encore répondu à un questionnaire spécifique relatif aux troubles psychiques. Reprenant les diagnostics énumérés ci-avant, ils ont précisé que ceux-ci n'étaient pas présents avant l'accident, que des facteurs étrangers ne les influençaient pas et que la structure de personnalité de l'assuré ne comportait pas de traits atypiques préexistants. Le trouble psychogène était lié à la lésion cérébrale organique traumatique ; il était en relation de causalité avec l'accident d'août 2001 et le statu quo ante n'était pas atteint et ne pourrait très vraisemblablement jamais l'être en raison de la cause organique des lésions, atteinte qualifiée d'irréversible. Les difficultés psychiques demeureraient par conséquent fort probablement identiques ou se dégraderaient avec l'âge (notamment la mémoire, la fatigabilité, la concentration, etc.). En particulier, un traitement psychiatrique ne pouvait pas améliorer l'état de santé et avait un but plutôt de soutien que curatif. Quant à l'exercice de l'ancienne activité de vendeur, il n'était envisageable que dans un milieu protégé, du fait de l'impossibilité de gérer des situations de stress. Un nouvel apprentissage ne pouvait être effectué, mais, tout en précisant que la motivation relative à un tel apprentissage n'était pas suffisante déjà avant l'accident, les médecins n'ont pas pu répondre à la question de savoir s'il aurait pu être mené à terme sans la survenance de ce dernier. Finalement, ils ont déclaré que l'assuré pouvait continuer une activité dans un milieu protégé comme il le faisait au moment de l'expertise, à 80 % ; cela semblait convenir aux capacités résiduelles de l'intéressé. Une telle activité (exigence intellectuelle réduite, activité protégée des situations de stress par les supérieurs hiérarchiques) pourrait également être exercée dans le premier marché du travail. Par décision du 29 septembre 2006, LA BALOISE a signifié à l'assuré l'arrêt des indemnités journalières et de la prise en charge des frais médicaux au 31 août 2006. A compter du 1^{er} septembre 2006, elle a octroyé une rente d'invalidité de 21 %. Estimant que sans l'accident, l'assuré n'aurait pas été en mesure de mener à terme un apprentissage, elle a pris en compte comme salaire sans invalidité, celui d'une personne exerçant la profession de vendeur dans le commerce de détail sans CFC, soit 42'000 fr. Quant au salaire avec invalidité, elle l'a fixé à 33'459 fr. (salaire selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires publiée par l'Office fédéral de la statistique [ESS] pour un homme exerçant des activités simples et répétitives en 2004 dans le secteur privé, adapté à l'horaire de travail dans les entreprises et à l'évolution des salaires, à 100 %, sous déduction d'un abattement tel que prévu par la jurisprudence de 25 %). Enfin, elle a fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 53'400 fr., correspondant à une atteinte de 50 %. Le 31 octobre 2006, l'assuré a formé opposition à cette décision. Il a conclu au versement d'une rente d'invalidité de 100% et à la mise sur pied d'une expertise complémentaire pour mieux documenter l'indemnité pour atteinte à l'intégrité dont il allègue qu'elle est insuffisante. Par décision sur opposition du 12 janvier 2007, l'assurance a confirmé sa décision du 29 septembre 2006. Elle a considéré que l'expertise diligentée par

le centre d'expertise médicale de Genève avec l'accord de l'assuré était concluante et devait se voir accorder pleine valeur probante. Si les troubles neuropsychologiques, les douleurs récurrentes du membre inférieur droit et les cervicalgies étaient bien en relation de causalité avec l'accident, il n'en allait pas de même des lombalgies et des limitations intellectuelles anciennes (quotient intellectuel déficitaire). Elle a rappelé que l'incapacité de gain ne devait pas être confondue avec l'incapacité professionnelle, à savoir l'impossibilité d'exercer l'ancienne profession. A cet égard, l'assurance s'est référée à l'avis des experts, lesquels ont estimé que, dans un milieu protégé tel que celui où l'assuré se trouvait ou dans une activité simple avec un bon encadrement hiérarchique pouvant gérer les difficultés de l'assuré, notamment les difficultés comportementales, une activité à temps complet était envisageable. L'assureur en a tiré la conclusion qu'une activité simple dans le secteur privé était exigible à plein temps et il a confirmé les montants retenus dans sa précédente comparaison des revenus hypothétiques. Par mémoire du 14 février 2007, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Préalablement, il a demandé l'audition de plusieurs témoins. Principalement, il a conclu à ce que l'assureur soit condamné à lui verser les 20% retenus sur les indemnités journalières qui lui ont été versées jusqu'au 31 août 2006, une rente correspondant à une invalidité de 100%, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité fixée par le Tribunal à l'issue de l'instruction de la cause, sous suite de frais et dépens. En premier lieu, le recourant conteste la déduction de 20% que l'assureur aurait opéré sur ses indemnités journalières. En second lieu, s'agissant du calcul de son degré d'invalidité, l'assuré conteste le revenu sans invalidité tel qu'il a été fixé par l'assureur et fait remarquer à cet égard que même un chauffeur des Transports Publics Genevois réalise un revenu supérieur à 6'000 fr. par mois. Le recourant s'insurge par ailleurs contre la présomption de l'assurance selon laquelle il n'aurait pas réussi à obtenir un certificat fédéral de capacité, tout en admettant avoir eu quelque peine à trouver sa voie. Il soutient que le revenu sans invalidité devrait être fixé à 4'500 fr. par mois, soit 54'000 fr. par an. S'agissant du revenu d'invalidité, le recourant allègue qu'il est « totalement déphasé » par rapport à la réalité, incapable de se concentrer, qu'il souffre de pertes de mémoire importantes et d'une fatigabilité extrême. Il en veut pour preuve le fait qu'il n'a pas même pu conserver la petite activité qu'il exerçait dans le cadre protégé de Z_____. Enfin, le recourant demande que les experts qui ont fixé le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité motivent leur évaluation. L'intimée, dans sa réponse du 22 mars 2007, a conclu au rejet du recours. S'agissant de la réduction de 20% opérée sur les indemnités journalières, elle a expliqué que si elle a bien été effectuée en matière d'assurance-accidents obligatoire, ce montant a été restitué à l'assuré par le biais de l'assurance-accidents collective complémentaire. L'intimée relève que la force probante de l'expertise des docteurs N_____ et O_____ n'est pas contestée par le recourant. Elle fait remarquer que l'assuré a suivi sa scolarité obligatoire dans des écoles privées - dont l'une au moins est connue pour accueillir des enfants en difficulté scolaire - et qu'il a débuté au mois d'août 1999, à l'âge de seize ans, une formation de menuisier au centre d'enseignement professionnel technique et artisanal. Il a résilié ce contrat d'apprentissage avec effet au 15 novembre 1999 et en a débuté un second auprès de la Y_____ le 21 août 2000, qu'il a résilié avec effet au 25 novembre 2000 avant d'en commencer un troisième au sein d'une oisellerie le 1^{er} février 2001. Du fait de sa non-promotion en deuxième année d'apprentissage, son contrat a été résilié avec effet au 31 juillet 2001. A cette date, âgé de dix-huit ans, l'assuré n'était au bénéfice d'aucun diplôme scolaire ni d'aucune formation professionnelle. L'intimée en tire la conclusion que c'est donc à juste titre que les experts ont considéré que l'anamnèse de l'assuré était compatible

avec des problèmes de limitation intellectuelle ancienne, même s'il n'y avait pas eu d'évaluation antérieure objectivant un faible quotient intellectuel. L'intimée maintient qu'il est probable que le quotient intellectuel de l'assuré était faible avant l'accident. Dans sa réplique du 27 avril 2007, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a tout d'abord pris acte du fait que l'intimée, par le biais de l'assurance-accidents collective complémentaire, a renoncé à réduire ses indemnités journalières. Par ailleurs, il reconnaît avoir "peiné à trouver sa voie", mais allègue que sa situation n'est pas différente de celle de nombreux jeunes qui rencontrent des difficultés à trouver une orientation professionnelle correspondant à leurs aspirations. S'agissant de son revenu d'invalidé, il soutient que l'évaluation de sa situation par les experts était trop optimiste puisqu'en mai 2006, il a dû mettre fin à son activité auprès de Z_____ en raison d'une trop grande fatigue, étant précisé qu'il ne recevait pour cette activité qu'un salaire inférieur à 100 fr. par mois, ce qui en dit long sur son rendement économique. Il en tire la conclusion qu'il n'existe manifestement aucun emploi sur le marché du travail, même en théorie, qui pourrait lui permettre de réaliser un revenu régulier tel qu'évalué par l'assurance. L'appréciation des médecins quant à sa capacité de travail est basée sur les informations qu'il a lui-même données. Or, une enquête au sein du milieu professionnel et familial aurait permis de constater qu'il a une tendance manifeste à surestimer ses propres capacités et à minimiser son handicap. C'est ainsi par exemple qu'il a affirmé au neuropsychologue P_____ être totalement indépendant, gérer lui-même toutes ses tâches administratives, faire la cuisine, les courses, etc. et être de surcroît totalement orienté dans le temps et l'espace. Ce sont ces affirmations qui ont amené les experts à conclure à une capacité de travail dans un milieu protégé. Cependant, le conseil du recourant soutient que ce dernier, malgré les apparences, dépend de l'aide de ses proches et n'a aucune vision exacte de la réalité qui l'entoure au point qu'une mise sous curatelle s'imposerait. Quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le recourant fait valoir que les experts n'ont pas pris en considération ses problèmes physiques, à savoir les douleurs récurrentes du membre inférieur droit proximal ainsi que les cervicalgies et les lombalgies mécaniques récurrentes. En définitive, il conclut à ce que soit ordonnée une expertise portant exclusivement sur sa capacité résiduelle de travail et sur le taux d'atteinte à son intégrité corporelle. Dans sa duplique du 11 mai 2007, l'intimée, tout en persistant dans ses conclusions, fait remarquer qu'il n'est pas prouvé que la cessation d'activité de l'assuré était due à une trop grande fatigue. Elle rappelle que l'assuré a travaillé dans l'atelier protégé de Z_____, le matin à la cafétéria et l'après-midi dans un atelier créatif, et que, peu de temps avant l'expertise, il s'était vu confier des responsabilités par le chef d'atelier (gestion du poste des jus de fruits et des commandes y relatives). L'assuré appréciait alors beaucoup son activité, car elle structurait sa journée, l'obligeait à se lever tous les matins excepté le jeudi, jour de congé, et lui procurait une grande satisfaction. Il était dès lors étonnant que le recourant se soit abstenu de faire part aux experts de la "grande fatigue" que lui occasionnait l'activité exercée un mois à peine avant d'y mettre un terme. Relativement à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'intimée relève que la notion de douleurs récurrentes n'est pas un diagnostic médical et que les status après fracture comminutive de la diaphyse fémorale droite et après fracture de l'arc antérieur et postérieur de C1 ne sont pas des atteintes importantes et durables à l'intégrité physique de l'assuré, qui ne présente aucune limitation physique à ce propos. Quant aux lombalgies mécaniques récurrentes, elles ont certes des incidences sur la capacité de travail dans la mesure où elles imposent des limitations, mais ne sont pas en relation de causalité avec l'accident ; l'assuré présentait déjà des épisodes de lombalgies avant l'évènement qui ne se sont pas aggravés

depuis lors. Le Tribunal de céans a tenu une audience d'enquêtes en date du 14 juin 2007, lors de laquelle le recourant a déclaré avoir travaillé à plein temps à Z_____, ce qui le faisait terminer vers 17 heures. Arrivé à la maison, il était épuisé et se couchait à 20 heures pour se réveiller à 6 heures le lendemain, de sorte qu'il n'avait plus de temps pour lui. Il était alors rémunéré moins de 200 fr. par mois. Depuis, il avait retrouvé un poste à la fondation XX_____ où il travaillait comme serveur au restaurant à raison de 12 heures par semaine pour un salaire mensuel de 130 fr. Ce rythme lui convenait et il avait retrouvé le temps de s'occuper de lui. Il a encore précisé que son responsable à Z_____, aux ateliers de Cressy, était Monsieur I_____. Entendu le même jour, P_____, neuropsychologue, a précisé être intervenu comme consultant extérieur à la demande du Centre d'expertise médicale de Genève. Il avait pu constater, chez le recourant, des troubles cognitifs, un ralentissement très sévère dans les tâches d'attention, des troubles importants de la mémoire de travail et de la mémoire épisodique (moins en ce qui concerne la mémoire visuelle), des troubles exécutifs, une altération de l'efficacité intellectuelle. Sur ce dernier point, il lui avait été plus difficile de se prononcer dans la mesure où il ne disposait pas d'indication concernant le QI avant l'accident. Cependant, tous ces troubles étant caractéristiques de ceux présentés après un traumatisme tel que celui subi par le recourant et le coma qui s'en était suivi, il a estimé qu'une réduction des compétences consécutive à l'accident avait forcément dû se produire. Eu égard à ces éléments, il a considéré que la capacité de travail de l'assuré en milieu économique normal était totalement nulle. Seule demeurait la possibilité d'associations telles que XX_____ ou la Fondation PRO, soit la possibilité d'activités occupationnelles et non d'une véritable activité lucrative. Lors de son examen, il avait estimé qu'une telle occupation était possible à plein temps, mais il ne s'agissait que d'une évaluation. Enfin, le témoin ne s'était aucunement prononcé sur le rendement, du fait que ce type de notion n'entre pas en ligne de compte dans le cadre d'une activité occupationnelle. Le Tribunal a également procédé à l'audition du docteur N_____, médecin interniste et co-rédacteur de l'expertise du Centre d'expertise médical de Genève. Ce médecin a précisé que l'anamnèse figurant dans le rapport d'expertise était basée sur les informations données par l'intéressé. Ce dernier avait notamment mentionné que, dans le cadre de l'institution dans laquelle il travaillait alors, on lui proposait de prendre de nouvelles responsabilités. Le docteur N_____ a émis l'avis qu'il existe dans le secteur gastro-économique des « niches » pouvant parfaitement convenir aux capacités de l'intéressé et ce, à plein temps. A la question de savoir si la fatigabilité mentionnée dans son rapport n'était pas incompatible avec une présence à plein temps au travail, le témoin a expliqué que cette fatigabilité ne lui paraissait pas importante au point de conduire à une baisse de rendement telle que la durée de l'occupation doive être réduite, mais qu'elle aurait plutôt pour effet d'augmenter le risque pour l'assuré de commettre des erreurs et, partant, de devoir augmenter la surveillance hiérarchique. Le docteur N_____ a confirmé la présence de problèmes neuropsychologiques sévères chez l'assuré. Il a indiqué qu'en conséquence, seule une activité peu exigeante au niveau intellectuel, évitant le stress et dotée d'un bon encadrement hiérarchique pourrait lui convenir. Hors du milieu protégé, une activité d'aide de cuisine ou aide de comptoir serait envisageable dans la mesure où il s'agit là d'activités simples, dans lesquelles les ordres se répètent fréquemment et où l'assuré serait bien cadré. Une activité de jardinage par exemple, en équipe, pourrait aussi convenir. Le témoin a néanmoins admis que le marché qui s'offre à l'assuré est réduit compte tenu des exigences actuelles des employeurs. Il a indiqué avoir pu constater dans l'atelier protégé du Centre d'intégration professionnel qu'il est possible de subdiviser une activité complexe en

plusieurs autres accessibles à des personnes limitées ; il relevait donc de la responsabilité sociale des employeurs de créer des « niches » adaptées plutôt que d'exiger la polyvalence. Selon lui, l'assuré pourrait exercer à plein temps l'activité d'aide de comptoir dans un restaurant d'entreprise par exemple ; cela correspondrait à l'activité exercée auprès de Z_____. Le témoin a néanmoins précisé qu'un encadrement serait indispensable, qui pourrait être le fait du supérieur ou des collègues de l'assuré. S'agissant des lombalgies mentionnées, le médecin a confirmé qu'elles entraînaient des limitations mais que, selon les dires de l'assuré lui-même, ces lombalgies épisodiques existaient déjà préalablement à l'accident, ce qu'il n'avait pas vérifié auprès du médecin traitant. Entendu à son tour, le docteur M_____, médecin traitant de l'assuré depuis le 22 décembre 2003, a exposé que les plaintes de son patient étaient toujours demeurées les mêmes : troubles de mémoire, fatigabilité, difficultés à gérer la vie quotidienne, sautes d'humeur parfois avec déprime, douleurs dorsales et cervicales et troubles du sommeil avec cauchemars. L'assuré avait parfois eu de la peine à remplir son contrat et sa fatigabilité avait engendré quelques arrêts de travail, cependant ni très fréquents ni très longs. Le médecin a émis l'avis que son patient était totalement incapable de travailler sur le marché du travail normal. Il a par ailleurs confirmé « une certaine inadéquation » dans les propos de l'assuré, en ce sens qu'il lui était difficile d'apprécier la lourdeur de son propre Z_____. Ainsi, l'assuré avait à plusieurs reprises évoqué des activités sans tenir compte de ses limites. Le docteur M_____ a encore expliqué que son patient ne pouvait se concentrer suffisamment pour mener à bien une tâche complexe ; il devait la décomposer en plusieurs étapes, l'une après l'autre, et en respectant des temps de pause, compte tenu de sa fatigabilité. Interrogé sur l'éventualité que son patient exerce l'activité d'aide de comptoir, le témoin a indiqué que cela nécessiterait un contrôle régulier, toutes les demi-heures par exemple, ce qui limiterait certainement le rendement. Il n'a cependant pu se prononcer sur ce point et a fait remarquer à cet égard que le patient avait fait l'objet d'une appréciation par l'assurance-invalidité. Par ordonnance du 18 juin 2007, le Tribunal de céans a ordonné l'apport du dossier de l'OCAI, qui a été versé à la procédure. Par courrier du 21 juin 2007, le docteur N_____ a précisé que le barème des indemnités pour atteinte à l'intégrité, utilisé par l'assurance complémentaire accidents, était rigoureusement calqué sur celui applicable en matière de LAA. S'agissant des motifs qui l'avaient amené à évaluer l'atteinte à l'intégrité à 50%, il s'est référé à la réponse à la question 10 de son rapport (page 18). Suite au délai imparti aux parties pour se prononcer sur le contenu du dossier de l'OCAI, le recourant (courrier du 25 juillet 2007) a retenu que le rapport de la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI du 6 mai 2003 mettait en évidence le fait qu'il n'était pas assez conscient de ses limites. Le rapport du Centre d'intégration professionnelle du 22 août 2003 concluait, après essai en atelier, à une capacité résiduelle de travail de 30% inexploitable dans le circuit économique. Or, les conclusions du rapport d'expertise du 30 mars 2006 étaient diamétralement opposées à ce constat. Par décision du 18 novembre 2003, l'OCAI avait conclu à un degré d'invalidité de 100% à compter du 4 août 2002, soit une année après l'accident. Le recourant a encore relevé que le psychologue P_____ avait confirmé son incapacité totale de travailler dans le circuit économique normal et que le docteur N_____ avait tenu, lors de son audition, des propos bien plus pondérés que ceux qui résultaient de son rapport. Le 30 août 2007, le recourant a produit l'original de son dossier médical auprès de la Permanence médico-chirurgicale VERMONT-GRAND-PRE S.A. depuis 1999. Une nouvelle audience d'enquêtes s'est tenue le 13 septembre 2007 au cours de laquelle a été entendu I_____, de Z_____. Ce dernier a déclaré qu'à son souvenir, l'assuré avait travaillé à raison de 80%,

d'abord comme aide en cuisine, puis en cafeteria. Il a expliqué qu'au départ, l'assuré avait fait preuve d'une très grande motivation et d'un certain entrain, qu'il avait montré beaucoup de cœur à l'ouvrage, mais qu'il exprimait des attentes trop importantes en matière de reconnaissance, en totale inadéquation avec ses possibilités réelles. A titre d'exemple, le témoin a indiqué que l'assuré avait ainsi postulé pour une place de maître d'atelier, sans comprendre pourquoi il ne pouvait être entré en matière sur sa demande. Au fil du temps, il a estimé ne pas être reconnu à sa juste valeur, ce qui l'a déprimé et s'est traduit par une diminution de la motivation et une augmentation de l'absentéisme. Le témoin a indiqué que les tâches et les horaires assignés à l'assuré n'avaient en soi rien d'exténuant et étaient parfaitement adaptés à son état. En conséquence, l'épuisement dont ce dernier a pu faire état était plutôt induit par la perte de motivation, mais également par la difficulté (connue chez la plupart des personnes souffrant de lésions similaires), de structurer et d'organiser son existence. I_____ a expliqué que le seul fait de devoir coordonner les tâches quotidiennes entre elles durant la journée, dans l'état de déstructuration qui est celui de l'assuré, peut fatiguer. Les capacités d'organiser, de coordonner, de fixer des priorités, font défaut. De façon générale, le témoin a indiqué que l'assuré, comme la plupart des victimes de ce type de lésions, souffrait de grandes difficultés à prendre conscience de son invalidité et des limitations qu'elle entraînait. Il a exclu toute éventualité de simulation et ajouté que s'il arrivait à l'assuré de "surjouer", c'était éventuellement dans le cadre de son déni et de son refus d'accepter son nouveau statut. Par écriture du 1^{er} octobre 2007, le recourant a modifié ses conclusions en ce sens qu'il a renoncé, suite aux explications qui lui ont été données, à réclamer la différence de 20% qu'il pensait avoir été retenue sur ses indemnités journalières ; il a également renoncé, pour autant que ses conclusions relatives au taux d'invalidité soient retenues sans mise en œuvre d'une expertise, à contester le degré d'atteinte à l'intégrité et a conclu à ce que l'intimée soit condamnée à lui verser une rente d'invalidité correspondant à un degré d'invalidité de 100%. Suite aux audiences, le recourant a fait remarquer que le docteur N_____ s'était prononcé sur sa capacité de travail non pas en fonction d'un marché idéal du travail, mais d'un marché utopique, imaginé sur la base de ses considérations philosophiques de ce que devrait être le rôle d'un employeur au sein de la société. Il a rappelé l'appréciation de sa capacité de travail faite par l'assurance-invalidité et le fait que son dossier médical ne faisait état de rien d'autre que d'une excellente santé avant l'accident d'août 2001, hormis un léger daltonisme. L'intimée a maintenu sa position par écriture du 5 octobre 2007. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 106 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2003, en dérogation à l'art. 60 LPGA), le recours est recevable. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 446 consid. 1.2.1, 127 V 467 consid. 1, 126 V 165 consid. 4b), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure. Il convient en outre de relever que les

dispositions de la LPGA n'ont pas modifié les notions d'accident et d'invalidité (notamment selon l'ancienne LAA et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité. Enfin, en ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Le montant des indemnités journalières n'étant plus contesté, il n'y a pas lieu d'entrer en matière sur ce point. Le litige porte dès lors uniquement sur le droit du recourant à une rente invalidité de l'assurance-accidents ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, singulièrement le taux de celles-ci, étant précisé que le lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident incriminé du 4 août 2001 et les affections présentées par le recourant n'est pas litigieux. Il ne sera donc entré en matière sur ce dernier point que dans la seule mesure nécessaire. a) Selon l'art. 18 al. 1 er LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. L'art. 8 al. 1 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). La rente d'invalidité s'élève à 80% du gain assuré en cas d'invalidité totale ; si l'invalidité n'est que partielle, la rente est diminuée en conséquence (art. 20 al. 1 LAA). Par ailleurs, si l'assuré a droit à une rente de l'assurance-invalidité ou à une rente de l'assurance-vieillesse et survivants, une rente complémentaire lui est allouée, qui correspond à la différence entre 90% du gain assuré et la rente de l'assurance-invalidité ou de l'assurance-vieillesse et survivants mais au plus au montant prévu pour l'invalidité totale ou partielle (art. 20 al. 2 LAA). b) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). A cet égard, le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 76 consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321). 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 Z_____, 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 79 -80 consid. 5b/aa-cc; ATFA non publié du 6 février 2002, U 241/00 consid. 2). Le revenu sans invalidité représente quant à lui le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide. Il s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est née le droit à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4). c) Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au

traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). d) Ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré. La définition de l'invalidité est désormais inscrite dans la loi. Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas. D'un autre côté l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Elle doit au contraire être considérée comme un indice d'une appréciation fiable et, par voie de conséquence, prise en compte ultérieurement dans le processus de décision par le deuxième assureur. L'assureur doit ainsi se laisser opposer la présomption de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité effectuée. Une appréciation divergente de celle-ci ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. A cet égard, il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire même équivalente. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence, déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité. Par exemple, le Tribunal fédéral des assurances a considéré comme insoutenable une appréciation des organes de l'assurance-invalidité, au motif qu'elle s'écartait largement de l'évaluation de l'assureur-accidents, laquelle reposait sur des conclusions médicales convaincantes concernant la capacité de travail et l'activité exigible, ainsi que sur une comparaison des revenus correctement effectuée (ATF 126 V 288 consid. 2d; ATF 119 V 474 consid. 4a; voir aussi RAMA 2000 n° U 406 p. 402 s. consid. 3, 2001 n° U 410 p. 73 s. consid. 3). e) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V consid. 4 et les références). 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; Omlin, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; Morger, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.). En l'espèce, l'intimée s'est fondée sur les conclusions de l'expertise rendue par les médecins du Centre d'expertise médicale de Genève pour établir la capacité de travail résiduelle du recourant qu'elle a fixée à 100 % dans une activité adaptée. Le recourant conteste cette appréciation, estimant qu'il ne lui est plus possible de faire valoir une quelconque capacité de travail sur le marché primaire du travail. Seule une capacité (restreinte) dans un milieu protégé pourrait lui être reconnue. Avec l'intimée, il y a lieu de reconnaître une pleine valeur probante au rapport d'expertise du 30 mars 2006 du Centre d'expertise médicale de Genève. Celui-ci remplit en effet à l'évidence les critères jurisprudentiels ci-dessus mentionnés, quoi qu'en dise le recourant. En conséquence, le Tribunal de céans retiendra que le recourant est à même de mettre à profit une capacité de travail entière dans une activité adaptée, sans exigences intellectuelles et évitant les situations de stress (par exemple : suivre le rythme d'une machine ou d'une équipe ; plusieurs ordres en même temps à trier par lui-même), soit dans un milieu protégé, soit dans une activité simple dans le premier marché du travail, avec un bon encadrement hiérarchique pouvant gérer les difficultés de l'assuré, notamment les difficultés comportementales. Cela étant, à l'instar de ce qui a été confirmé non seulement par les actes d'instruction du dossier (auditions du neuropsychologue P_____ et du docteur N_____, entre autres), mais aussi par les rapports d'évaluation (notamment de stage auprès du CIP et des HUG ; cf. document 39 dossier OCAI), il apparaît que les nombreuses limitations du recourant l'empêchent d'intégrer, même à un taux d'activité réduit, le circuit économique ordinaire. L'activité adaptée telle que décrite par les experts du CENTRE D'EXPERTISE médicale de Genève n'existe manifestement pas dans un marché du travail équilibré. En effet, comme l'a indiqué le docteur N_____ en audience d'enquêtes, ladite activité a été retenue en fonction de la « responsabilité sociale » des employeurs à qui il incomberait de créer des postes de travail (appelés « niches » par le médecin) permettant l'emploi de personnes fortement limitées. Or, une telle circonstance ne saurait être prise en compte dans la description du marché équilibré du travail. Au contraire, et tel que cela résulte de la jurisprudence constante, il y a lieu de tenir compte, lors de l'examen de l'exigibilité d'une activité professionnelle par un assuré, de la question de savoir s'il peut être imposé à un employeur d'engager une personne présentant les limitations et/ou affections de la personne concernée (cf. à ce sujet ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; voir aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). En l'espèce, il ressort clairement de la description même de l'activité adaptée que font les médecins du centre d'expertise médicale de Genève que celle-ci, si elle est exigible de l'intéressé, n'est pas imposable à un quelconque employeur. La nécessité d'une surveillance quasi-constante de l'intéressé, la décomposition

des consignes, l'absence d'exigence de rendement ou de suivi de rythme ne sont en adéquation qu'avec une activité de type protégé, ce que les experts admettent d'emblée en considérant l'activité exercée à FOYER Z_____ comme étant en adéquation avec les possibilités du recourant (cf. aussi, à ce propos, les commentaires, respectivement conclusions des maîtres de stage du Centre d'intégration professionnel, ainsi que de la responsable du stage en milieu hospitalier ; document 39, p. 8, 11, 13, 14, 15, 16, 18 et 19, dossier OCAI). Il suit de ce qui précède que seule une activité en milieu protégé entre en considération, à plein temps (les motivations ayant conduit l'intéressé à renoncer à son occupation auprès de Z_____ ne relevant pas de causes médicales dont il y a lieu de tenir compte), et ce en raison des suites exclusives de l'accident d'août 2001. Le recourant présente certes des limitations fonctionnelles supplémentaires liées à des lombalgies, mais il n'a pas été démontré, bien au contraire, que ces dernières seraient en relation de causalité avec l'accident. Peu importe, car lesdites limitations sont somme toute insignifiantes en regard de celles engendrées par les troubles neuropsychologiques. Au demeurant, les maîtres de stage qui ont procédé à l'évaluation concrète de la capacité de travail de l'intéressé sur le marché du travail ne les ont même pas mentionnées. Une autre interprétation ne saurait se justifier eu égard au principe d'équivalence des notions d'invalidité dans les assurances invalidité, accidents et militaire, étant en particulier relevé que l'évaluation à laquelle se sont livrés les organes de l'assurance-invalidité, relativement à la capacité de travail du recourant, procède d'une appréciation tout à fait correcte et convaincante (par ailleurs en adéquation avec les conclusions médicales des experts du centre d'expertise médicale de Genève). Reste donc à déterminer le taux d'invalidité du recourant. a) Eu égard à ce qui a été développé supra, le revenu avec invalidité sera celui d'une personne engagée dans le milieu protégé à raison d'une occupation à temps plein. Au moment déterminant pour le calcul du droit à la rente (août 2006), le recourant n'avait aucune activité rémunérée. Aussi le Tribunal de Céans s'en tiendra au revenu qu'il réalisait auprès de la Z_____. Pour une activité exercée à hauteur de 80 % (voir entre autres audition de I_____), l'intéressé percevait 168 fr. par mois. Rapporté à un taux d'activité entier, le salaire à prendre en considération est donc de 210 fr. par mois. b) Quant au revenu sans invalidité, il y a lieu de faire application de l'art. 28 al. 1 OLAA, qui stipule que « si une invalidité consécutive à un accident couvert par l'assurance a empêché l'assuré soit d'entreprendre une formation professionnelle dont il prouve qu'elle était envisagée et conforme à ses aptitudes, soit d'achever une formation en cours, le revenu déterminant pour l'évaluation de l'invalidité est celui que l'assuré aurait pu réaliser dans la profession considérée s'il n'était pas invalide ». Il convient donc de répondre à la question de savoir si le recourant a prouvé que l'accident l'a empêché d'entreprendre une formation professionnelle (en l'occurrence une formation en qualité de vendeur) et que cette dernière était conforme à ses aptitudes. Il ressort du dossier, ce qui n'est au demeurant pas contesté, que l'intéressé a entamé une formation de menuisier en août 1999, à laquelle un terme a été mis en novembre de la même année. Au mois d'août de l'année suivante, il a débuté un nouvel apprentissage de vendeur auprès de Y_____, qui a été résilié avec effet au 15 novembre 2000 pour des motifs quelque peu obscurs (mécontentement relative à l'horaire [cf. note d'entretien], mécontentement de l'employeur [cf. rapport du Centre d'intégration professionnel] ou envie d'avoir des contacts avec la clientèle [cf. note d'entretien et écritures du recourant durant la présente procédure]). Enfin, après s'être octroyé une pause pendant les fêtes de fin d'année, le recourant s'est mis en quête d'une place d'apprentissage et a conclu un contrat avec X_____. Il y a travaillé à compter du 1^{er} février 2001 et le

contrat a été résilié en raison des mauvais résultats scolaires (non-promotion en deuxième année) le 21 juillet 2001 initialement pour le 31 août 2001, puis pour le 31 juillet 2001 (cf. modification manuscrite sur le formulaire de résiliation du contrat d'apprentissage) à la demande de l'intéressé, afin de lui permettre d'effectuer des recherches en vue de retrouver une nouvelle place d'apprentissage, selon ses dires. Or, si l'on ne saurait reprocher à un jeune homme débutant sa formation de chercher sa voie, comme le fait remarquer le recourant lui-même, il n'en demeure pas moins qu'il n'est pas établi que celui-ci aurait entrepris une nouvelle formation. On retiendra à cet égard en particulier que s'il a demandé à être libéré de son contrat d'apprentissage plus rapidement, il n'a pas pour autant effectué une quelconque démarche en vue de trouver un nouveau maître d'apprentissage depuis que son contrat a été résilié. Par ailleurs, on peut raisonnablement douter des chances de succès des démarches de l'intéressé, étant donné son parcours chaotique, même s'il est partiellement compréhensible. En outre, il ressort du rapport d'expertise médicale du 30 mars 2006 que non seulement la motivation pour suivre une formation faisait défaut avant l'accident, mais que de surcroît, il apparaît probable que le recourant souffrait déjà d'un quotient intellectuel assez faible avant que celui-ci ne soit détérioré gravement par les suites de l'accident. Or, l'intéressé n'a pas jugé utile de produire d'autres pièces que son dossier médical auprès de son médecin traitant, qui ne fait qu'attester qu'il ne présentait pas de contre-indication médicale au suivi d'une formation pour l'obtention d'un CFC (les notes du médecin ne font état que de considérations d'ordre physique). En particulier, et alors que ses performances scolaires ont été mises en doute par l'assureur, il n'a pas produit ses bulletins scolaires et ce, quand bien même il ressort du rapport de stage au Centre d'intégration professionnelle qu'il n'était pas promu à la fin de sa scolarité obligatoire. Dans ces circonstances, le Tribunal de céans ne peut retenir que le recourant entendait entreprendre une formation ; par ailleurs, il est fort douteux qu'il ait eu les compétences pour mener à bien cette dernière. En tous les cas, ces deux conditions, cumulatives, n'apparaissent pas comme les hypothèses les plus vraisemblables. Or, si, comme en l'occurrence, un fait n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante, mais qu'il apparaît seulement comme une hypothèse possible, l'administration ou le juge, dans le domaine du droit des assurances sociales, n'a pas à statuer en faveur de l'assuré qui entend déduire un droit de l'existence du fait allégué (ATF 126 V 319 consid. 5a p. 322). Le juge n'est pas non plus tenu d'administrer d'autres preuves lorsque, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, il est convaincu que les faits allégués par la partie qui entend en déduire un droit n'apparaissent pas comme les plus vraisemblables (appréciation anticipée des preuves; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, no 450; Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2ème éd., p. 39, no 111 et p. 117, no 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2ème éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 464 consid. 4a p. 469, 122 III 219 consid. 3c p. 223, 120 Ib 224 consid. 2b p. 229, 119 V 335 consid. 3c p. 344 et la référence). L'instruction n'a donc pas à être complétée sur le point en question. En conclusion, le revenu sans invalidité sera celui d'une personne exerçant à plein temps dans le domaine de la vente, sans formation (le Tribunal retient le domaine considéré eu égard au parcours professionnel de l'intéressé et des aspirations alléguées). Conformément à la jurisprudence, en l'absence d'un revenu stable avant la survenance du fait dommageable, il y a lieu de se reporter aux salaires statistiques. Selon l'ESS 2006, le revenu auquel pouvait prétendre un homme, sans qualification (niveau 4), dans le domaine du commerce de détail (TA1, ligne 52) se montait à 4'383 fr. par mois

pour un horaire de 40 heures. Après actualisation à l'horaire de travail usuel dans les entreprises (41.7 heures), le salaire à prendre en considération est de 4'569 fr. 25. d) Il découle de la comparaison des montants ci-dessus déterminés un taux d'invalidité de 95 %, ouvrant le droit à la rente maximale d'invalidité de l'assurance-accidents. Le recourant ayant été mis au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité, l'intimée devra donc recalculer le droit aux prestations sur la base de l'art. 20 al. 2 LAA. Dans la mesure où la conclusion du recourant relative à l'octroi d'une rente d'invalidité entière de l'assurance-accidents est adjugée et qu'il a expressément renoncé à contester le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité en pareilles circonstances, la Juridiction de céans n'a pas de motif d'examiner le bien-fondé de celui-ci. Quoiqu'il en soit, on ne voit pas en quoi la décision de l'intimée prêterait le flanc à la critique sur ce point précis. Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens, fixée en l'espèce à 3'000 fr. au vu de l'ensemble des circonstances. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet au sens des considérants. Annule la décision de l'intimée du 31 octobre 2006 en tant qu'elle concerne la rente d'invalidité. Renvoie le dossier à l'intimée pour nouveau calcul de la rente d'invalidité au sens des considérants. Condamne l'intimée à verser au recourant la somme de 3'000 fr. à titre de participation à ses dépens. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Brigitte LUSCHER La présidente Karine STECK La secrétaire-juriste : Laurence SCHMID-PIQUEREZ Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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