

# GE\_GERICHTE A/786/2014 vom 30. Juni 2014

GE Cour de justice, 2014-06-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_786\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_786_2014)

FR: GE\_GERICHTE A/786/2014 du 30 juin 2014

IT: GE\_GERICHTE A/786/2014 del 30 giugno 2014

## Erwägungen

### E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à THONON-LES-BAINS, FRANCE recourant contre HELSANA ACCIDENTS SA, sie Avenue de Provence 15, LAUSANNE intimée EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), ressortissant français né le \_\_\_\_\_ 1962, a été victime d'un accident dans une piscine le 3 août 1997, ayant entraîné une fracture des vertèbres cervicales C6 et C7 avec déficit sensitivomoteur (hémiplégie gauche ayant eu comme séquelles une fonte musculaire distale).! [endif]>! [if> 2. Du 1 er avril 2007 jusqu'à son licenciement le 31 mars 2009, l'assuré a travaillé en qualité de conseiller en prévoyance dans le service externe d'une assurance à Genève. A ce titre, il était assuré pour les accidents professionnels et non-professionnels auprès de Helsana accidents SA (ci-après : l'assurance).! [endif]>! [if> 3. Le 12 décembre 2007, l'assuré a glissé sur le carrelage mouillé de sa douche et a violemment heurté le sol au niveau du dos, des coudes et du côté droit de la tête. La déclaration d'accident a eu lieu le 14 mars 2008. Il a été en incapacité de travail du 12 décembre 2007 au 25 mai 2009, puis sans activité jusqu'en 2013. Le cas a été pris en charge par l'assurance.! [endif]>! [if> 4. Dans un rapport du 18 mars 2008, les docteurs B\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, et C\_\_\_\_\_, ont relevé que l'hématome sous-dural post-traumatique consécutif à sa chute en décembre 2007 avait entraîné une aggravation d'une hémiparésie gauche survenue à la suite de la facture survenue en 1997.! [endif]>! [if> 5. Dans un rapport du 25 mars 2008, le Dr B\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'empyème sur hématome sous-dural ponctionné. L'incapacité de travail était totale, probablement jusqu'au 30 avril 2008.! [endif]>! [if> 6. Dans un rapport du 21 avril 2008, l'inspecteur des sinistres de l'assurance a notamment relevé, sur la base de divers documents médicaux, que la chute avait provoqué une double fracture de l'os pariétal droit et une hémorragie intracrânienne. Une ablation de plusieurs centimètres d'os avait été pratiquée en urgence aux HUG afin de ponctionner l'hématome extradural et d'éviter une compression cérébrale trop importante. Le 22 février 2008, un staphylocoque doré avait été diagnostiqué. Le 27 mars 2008, une nouvelle intervention chirurgicale avait été nécessaire afin d'extraire un morceau de crâne infecté et névrosé. Compte tenu de ces éléments, une incapacité de travail totale était justifiée dès le jour de l'accident de décembre 2007.! [endif]>! [if> 7. Du 23 septembre au 7 octobre 2008, l'assuré a séjourné auprès du centre médical de l'Orcet. Son examen neuropsychologique a mis en évidence une absence de déficit mnésique à tous les modes (à l'exception d'oublis de rendez-vous dans la vie quotidienne), de bonnes capacités de mémoire de travail (plus limitées quand le niveau était plus complexe), l'absence de troubles exécutifs dans la plupart des tâches proposée et une diminution des capacités d'attention soutenue et sélective visuo-spatiale quand le nombre de stimuli était trop grand ou la tâche trop contraignante. Il semblait y avoir un petit élément de négligence visuelle gauche que l'assuré s'efforçait de corriger et qui pouvait expliquer les difficultés décrites

dans la conduite de son véhicule.![endif]>![if> 8. A la demande de l'assurance, une expertise a été conduite le 5 novembre 2008 par le docteur D\_\_\_\_\_, neurologue au sein de la clinique Corela. Dans le rapport du 19 novembre 2008 qui en a découlé, le Dr D\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics suivants comme ayant une répercussion sur la capacité de travail : fracture pariétale droite (12 décembre 2007), hémorragie épidurale traumatique (12 décembre 2007), abcès péri-cérébral, infection du site opératoire (décembre 2007), status post-craniectomie (mars 2008) et séquelles hémiplegiques gauches (1997 depuis décembre 2007). Il a également posé les diagnostics de céphalées (décembre 2007) et de douleurs neuropathiques de la main gauche (juillet 2008), sans répercussion sur la capacité de travail.![endif]>![if> La guérison de l'assuré avait été retardée par l'infection du site opératoire et la récupération probablement ralentie en raison de séquelles d'une hémiplegie gauche datant d'une dizaine d'année. Les paresthésies de la cuisse gauche, les difficultés cognitives, en particulier la négligence visuo-spatiale gauche conduisant à une dangerosité au volant, les troubles mnésiques et les difficultés d'intégration d'informations multiples, les céphalées à la toux et le déficit modéré du membre inférieur gauche avaient été vraisemblablement causés, soit à plus de 50%, par l'accident du 12 décembre 2007. L'amyotrophie et les troubles moteurs de la main gauche, l'aggravation de séquelles antérieures et les possibles causes périphériques surajoutées avaient été causées à moins de 50% par cet accident ou renvoyaient à des lésions maladiques ou dégénératives. Pour les troubles moteurs, on considérait généralement la récupération comme maximale deux ans après l'accident. Quant aux troubles sensitifs et cognitifs, ils pouvaient persister sur le long terme. L'incapacité qui découlait de l'ensemble de ces troubles était principalement liée à la conduite automobile. Des difficultés d'organisation et de planification et, pour encore plusieurs semaines, des difficultés à la frappe au clavier, si l'assuré travaillait sur ordinateur, étaient à prévoir. Compte tenu de ces éléments, sa capacité de travail dans son activité habituelle était de 50 à 75% et, dans une activité adaptée (gestion de dossiers simples avec une assistance pour les tâches de secrétariat et les prises de rendez-vous), de 80 à 100%. Cette capacité de travail allait vraisemblablement augmenter avec le temps. L'évolution était très favorable, étant précisé que les séquelles de son traumatisme crânio-cérébral grave étaient relativement modestes, moins d'un an après l'accident. Son état de santé n'était pas encore stabilisé, une opération (mise en place d'une plastie crânienne) étant d'ailleurs prévue à brève échéance. En raison de l'existence d'un trouble cognitif modéré, l'assuré avait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 20%. 9. Dans un rapport partiellement illisible du 28 novembre 2008, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de l'assurance, a préconisé la mise en place d'une nouvelle expertise en automne 2009, compte tenu du fait qu'il était trop tôt pour se prononcer sur la nécessité pour l'assuré de changer de profession et sur le taux de l'IPAI. En effet, l'état de santé de l'assuré n'était pas encore stabilisé.![endif]>![if> 10. Dans un rapport du 12 février 2009, l'inspecteur des sinistres de l'assurance a notamment pris note du fait que l'assuré prétendait n'avoir aucune séquelle de son accident de 1997. Il soutenait également être incapable de conduire.![endif]>![if> 11. Le 18 mars 2009, l'assuré a subi une intervention chirurgicale réalisée avec succès par le docteur F\_\_\_\_\_, sous la forme d'une cranioplastie fronto-pariétale droite.![endif]>![if> 12. Du 22 avril au 19 mai 2009, l'assuré a séjourné auprès de la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR). Un rapport a été rendu le 6 juillet 2009 par les docteurs G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, et H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale interne. Ces derniers ont

retenu le diagnostic primaire de réadaptation neurologique et les diagnostics secondaires de traumatisme crânio-cérébral sévère avec hématome épidual fontotemporopariétal droit avec un hémisyndrome moteur à gauche (11 décembre 2007), une évacuation de l'hématome par craniotomie pariéto-temporale droite (13 décembre 2007), une évacuation et un drainage pour empyème pariéto-temporal droit avec ostéite du volet osseux qui est enlevé (27 mars 2008), une cranioplastie fonto-pariétale droite (18 mars 2009), une syringomyélie située dans le cordon latéral gauche au niveau C5-C6-C7, une fracture C6-C7 traitée par immobilisation par minerve (1997) et une hémiparésie gauche rapidement régressive (1997).

Les légères séquelles du traumatisme crânio-cérébral étaient un fléchissement exécutif (difficultés d'organisation et d'abstraction) qui se manifestait en situations moins structurées et exacerbées par la fatigue, avec une sensibilité accrue au stress et de discrètes séquelles avec héminégligence visuelle gauche aux tests informatisés, des difficultés d'attention spatiale visuelle. Malgré une minimisation de ses difficultés, l'assuré pouvait tout de même échafauder des projets réalistes en tenant compte des limitations mise en évidence. Ces séquelles, bien que légères, étaient susceptibles de limiter son autonomie dans les prises de décision en situation peu structurée, inhabituelle ou stressante. Il était autorisé à conduire. En ce qui concerne son membre supérieur gauche, une légère cunéiformisation des corps de C6-C7, status post-ancienne fracture, avait été révélée par une IRM cervicale. Une pleine capacité de travail théorique avait été reconnue à partir du 25 mai 2009 (incapacité totale du 22 avril au 24 mai 2009). Toutefois, en raison des troubles neuropsychologiques qui l'affectaient, une diminution de rendement était vraisemblable, de sorte qu'une aide au placement de l'office de l'assurance-invalidité du Canton de Genève (ci-après : l'OAI) semblait opportune.

13. Par décision du 8 avril 2010, l'OAI a refusé à l'assuré un droit à une rente d'invalidité. Ce dernier aurait eu droit à une telle rente du 12 décembre 2008 au 31 mai 2009, ayant été déclaré apte au travail dès le 25 mai 2009. Toutefois, sa demande de prestation avait été déposée en janvier 2009, de sorte qu'une rente n'aurait pu être versée qu'à compter du mois de juillet 2009, soit deux mois après la reprise théorique de son activité.

14. Par décision du 25 octobre 2010, l'assurance a octroyé à l'assuré une IPAI de CHF 16'020.-, correspondant à 15% du montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident, soit CHF 106'800.-. La perte d'intégrité de 15% avait été évaluée par leur médecin-conseil, sur la base des rapports médicaux qui lui avaient été soumis. Il était également rappelé qu'en cas d'aggravation de son état de santé ou de difficultés particulières lors de la reprise d'une activité professionnelle, il appartenait à l'assuré de s'annoncer auprès d'elle. Enfin, l'assurance relevait avoir versés des prestations trop élevées entre le 1<sup>er</sup> avril 2009 et le 24 mai 2010. Elle renonçait toutefois à en demander la restitution.

15. Par courrier du 22 novembre 2010, l'assuré a formé opposition à cette décision. Il n'avait pas connaissance des rapports médicaux ayant permis au médecin-conseil de fixer son indemnité pour atteinte à l'intégrité à 15% et sollicitait que les copies de son dossier soit adressées au Dr B\_\_\_\_\_.

16. Le 28 janvier 2011, l'assuré a motivé son opposition. Ne disposant pas des connaissances médicales nécessaires, il demandait la désignation d'un expert indépendant, afin de pouvoir faire valoir l'ensemble des atteintes à sa santé. L'assurance a donné suite à sa demande d'expertise et convoqué ce dernier auprès du docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, le 18 mars 2011.

17. Dans son rapport du 5 juillet 2011, le Dr I\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants : un status après fracture cervicale C6 et C7 avec déficit sensitivo-moteur et syndrome radiculaire C8 gauche persistant et hématomyélie (traitement conservateur), une lésion centro-médullaire en



être secondaires à des crises épileptiques partielles ou absences à répertoire, des douleurs brèves parfois fulgurantes au niveau frontal médian, à la toux ou étouffements, un déficit moteur ancien de la pince de la main gauche mais aggravé depuis le dernier traumatisme crânien, des troubles sensitifs de la face externe de la cuisse gauche et une douleur brève mais exquise sur la pointe et le deltoïde de l'épaule gauche. Le Dr B\_\_\_\_\_ préconisait de réaliser des examens complémentaires pour rechercher des troubles cognitifs décelés en 2008, 2009 et 2010 après le traumatisme de 2007. 23. Dans sa réponse du 14 avril 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours. Plus aucune mesure d'enquête n'était nécessaire dans la mesure où la décision querellée était fondée sur un dossier médical fourni. D'ailleurs, la demande du recourant tendant à la désignation d'un « expert indépendant » avait déjà été satisfaite au moyen de l'expertise du Dr I\_\_\_\_\_, laquelle avait été réalisée dans les règles de l'art. Quant au taux de 15% de l'IPAI, il avait été fixé en conformité par le Dr I\_\_\_\_\_, en tenant compte de l'évolution de l'état de santé du recourant. Enfin, le rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 22 janvier 2014 n'apportait aucun élément nouveau, ne contredisait pas l'expertise et était sans valeur probante. 24. Dans sa réplique du 12 avril 2014, le recourant a émis le souhait que l'IPAI lui étant accordée soit réévaluée à 25%. Il a rappelé que le Dr D\_\_\_\_\_ l'avait fixée à 20%. Si de nouveaux examens médicaux étaient nécessaires pour trancher le litige, il proposait d'être examiné par le CHUV de Lausanne. Il émettait également des craintes quant à la prise en charge par l'intimée d'une éventuelle future rechute liée à son accident de décembre 2007. Le recourant a précisé ses conclusions par courrier du 30 avril 2014. Il a ainsi formellement conclu à ce qu'une IPAI de 25% lui soit allouée et à ce que les suites et conséquences de l'accident de décembre 2007 soit assurées pour le futur, en particulier, que la prise en charge de toute aggravation et/ou soin en lien avec l'accident lui soit garantie. 25. A la suite de quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 38 et 56 à 61 LPGA). 4. Le litige porte sur l'IPAI allouée au recourant, plus particulièrement sur le taux de celle-ci. 5. Aux termes de l'art. 6 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 notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés, soit une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de

l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte, et le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (Arrêt du Tribunal fédéral 8C\_520/2009 du 24 février 2010 consid. 2 ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 et les références). 6. a) 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<sup>ère</sup> 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<sup>ème</sup> phrase). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). 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. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. 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). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références ; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d). La réglementation prévue à l'art. 24 al. 2 LAA suppose que les conditions d'octroi de chacune des prestations soient réunies au même moment (ATF 113 V 48 consid. 3). Il peut toutefois arriver que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne puisse pas être allouée en même temps que la rente d'invalidité, parce que, au moment de la fixation de la rente, il n'est pas encore possible de se prononcer avec certitude sur les conditions du droit à l'indemnité (ATF 119 V 131 consid. 3c). b) Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 (OLAA ; RS 832.202) édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase). Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2<sup>ème</sup> phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique ou mentale,

dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1<sup>ère</sup> phrase). Cette disposition a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2; ATFA non publié U 401/06 du 12 janvier 2007, consid. 2.2). Le caractère durable de l'atteinte doit être à tout le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 124 V 29 consid. 4b/cc). Quant au caractère important de l'atteinte, le ch. 1 de l'annexe 3 à l'OLAA précise que les atteintes à l'intégrité qui sont inférieures à 5 % selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Il faut en conclure qu'une atteinte est réputée importante si elle atteint au moins ce pourcentage (FREI/BLEUER, Évaluation d'atteintes à l'intégrité multiples, in SUVA Medical 2012, p. 202). Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 p. 415; Arrêt du Tribunal administratif fédéral U 134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2). 7. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, le montant maximum du gain assuré s'élève à CHF 126'000.- par an et CHF 346.- par jour (art. 22 al. 1 OLAA). Entre le 1<sup>er</sup> janvier 2000 et le 31 décembre 2007, ce montant s'élevait à CHF 106'800.- par an et CHF 293.- par jour (art. 22 al. 1 aOLAA ; RO 1998 2588). En cas de rechute ou de séquelles tardives, la base de calcul déterminante pour le calcul de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité due est le montant maximum du gain annuel assuré au jour de l'accident (ATF 127 V 456 consid. 4). 8. a) L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 113 V 218 consid. 2a; RAMA 1988 p. 236) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb). L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte. On procédera de même lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5 % serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires – à l'exception des moyens servant à la vision (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence ; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2 de l'annexe 3). La Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur [www.suva.ch](http://www.suva.ch)). 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 autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3 ; ATF 124 V 209 consid. 4.cc ; ATF 116 V 156 consid. 3). Selon la table 8 applicable aux atteintes à l'intégrité pour les complications psychiques des lésions cérébrales, le taux est de 10% pour des atteintes minimales à modérées et de 20% pour des atteintes modérées. b) Lors de la fixation de l'indemnité, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité (art. 36 al. 4 1<sup>ère</sup> phrase OLAA). De jurisprudence constante, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (Arrêt du Tribunal administratif fédéral U 173/00 du 22 septembre 2000 consid. 2 ; RAMA 1998 p. 602). Par ailleurs, une révision de l'indemnité n'est

possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (art. 36 al. 4 2<sup>ème</sup> phrase OLAA; cf. ATF non publié 8C\_459/2008 du 4 février 2009, consid. 2.1.3; ATFA non publié U 124/01 du 22 novembre 2001, consid. 1b). Elle doit être d'au moins 5% de plus que ce qui était pronostiqué (RAMA 1991 p. 306). 9. En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage. L'indemnité totale ne peut dépasser le montant maximum du gain annuel assuré. Il est tenu compte, dans le taux d'indemnisation, des indemnités déjà reçues en vertu de la loi (art. 36 al. 3 OLAA).

10. Selon la jurisprudence, il y a lieu d'additionner le pour cent correspondant à chacune des atteintes, même celles qui n'atteignent pas 5% (ATF 116 V 156 consid. 3b; RAMA 1988 p. 230). La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'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).

11. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 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). On ajoutera qu'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. A 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 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 (ATF non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). 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). 11. En l'espèce, se fondant sur l'expertise du Dr I\_\_\_\_\_ du 5 juillet 2011, l'intimée a octroyé au recourant une IPAI de CHF 16'020.-, correspondant à 15% du montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident, soit CHF 106'800.-. Dans son expertise, le Dr I\_\_\_\_\_ a considéré que les douleurs loco-régionales au niveau du site post-opératoire dans la région pariéto-temporale droite, les discrets troubles cognitifs, les troubles de l'olfaction ainsi qu'un certain degré de vulnérabilité au stress étaient en rapport avec l'accident du 11 décembre 2007. Il ressortait du dossier du recourant que le syndrome radiculaire C8 gauche était connu depuis 1997 et n'avait probablement pas totalement été résorbé, contrairement à ce qu'indiquait l'assuré. Il était fort probable qu'un tel traumatisme se solde par une guérison totale. Il restait une possibilité qu'il ait existé une aggravation de cet état dans le cadre de l'accident de 2007. L'élément très atypique dans ce contexte était la survenance tardive de l'atteinte radiculaire, soit près de six mois après l'accident, selon les allégations de l'assuré, et sans changement aux investigations neuroradiologiques effectuées. Sa guérison suivait son cours normal et les troubles l'affectant s'amélioraient lentement. Compte tenu de ces éléments, les troubles neuropsychologiques s'intégraient dans une atteinte minime à modérée. Il existait aussi une discrète diminution de l'olfaction. Ces éléments consistaient en une atteinte à l'intégrité de 15%. La Cour de céans constate que cette expertise est en tout point conforme aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante. Elle se fonde en effet sur un examen clinique du recourant, sur l'étude approfondie de son dossier médical, relate ses plaintes, contient une anamnèse complète, des diagnostics clairs et des conclusions motivées. L'appréciation du Dr I\_\_\_\_\_ permet de comprendre quelles ont été les conséquences de l'accident subi par le recourant en décembre 2007 et quels sont les troubles qui l'affectent à ce jour. Les autres documents médicaux du dossier, en particulier le rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 5 novembre 2008, corroborent son appréciation de l'état de santé du recourant. Il convient d'ailleurs de relever que rien au dossier ne permet de remettre en cause les conclusions de l'expertise. En effet, aucun des rapports soumis à la chambre de céans ne la contredit ni ne fait état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés par le Dr I\_\_\_\_\_ et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause ses conclusions. Certes, à teneur du rapport du Dr D\_\_\_\_\_, l'IPAI devrait être de 20%. Toutefois, ledit rapport a été élaboré moins d'une année après l'accident du recourant, alors que son état de santé n'était pas encore stabilisé, ce que le Dr E\_\_\_\_\_ a relevé avec raison. Depuis novembre 2008, le recourant a d'ailleurs subi une opération et bénéficié d'un suivi médical, son état de santé s'étant amélioré lentement mais de manière constante. Enfin, le taux de 15% (10% pour l'atteinte neuropsychologique et 5% pour la diminution de l'olfaction) a été retenu conformément au cadre fixé par l'art 36 OLAA. Le recourant soutient quant à lui qu'une IPAI de 25% devrait lui être octroyée. Il n'apporte toutefois aucun élément ou document

médical permettant à la chambre de céans de s'écarter des conclusions du Dr I\_\_\_\_\_.  
Compte tenu de la valeur probante de l'expertise du Dr I\_\_\_\_\_, la tenue d'une expertise judiciaire ou d'un quelconque autre examen médical du recourant n'est pas nécessaire. En ce qui concerne les conclusions du recourant relatives à la garantie de prise en charge par l'intimée des suites et conséquences de l'accident de décembre 2007, la chambre de céans n'est pas en mesure d'y donner suite. Elle ne peut que rappeler que la jurisprudence prévoit la révision de l'IPAI, exceptionnellement, si l'aggravation est importante (au moins 5% de plus que ce qui était pronostiqué) et n'était pas prévisible. Ainsi, en cas d'aggravation de son état de santé, il appartiendra au recourant de s'adresser à l'intimée pour que son cas soit examiné. D'ailleurs, l'intimée a attiré son attention sur ces démarches dans le cadre de sa décision du 25 octobre 2010. 12. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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