

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1345/2022

ATAS/47/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 janvier 2025

Chambre 8

En la cause

A_____

recourant

représenté par Me Emilie CONTI MOREL, avocate

contre

ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA

intimée

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente suppléante ; Yves MABILLARD, Michael RUDERMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

- A.** **a.** Monsieur A_____, né le _____ 1972, marié et père de trois enfants, était employé auprès de B_____ depuis 2009 en qualité de gestionnaire d'un logiciel SAP pour effectuer des opérations de comptabilité complexes et des calculs de dividendes. À ce titre, il était assuré auprès de la ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA (ci-après : Zurich ou intimée) contre le risque d'accident.
- b.** Le 2 mars 2015, alors qu'il circulait à vélo, l'assuré est passé par-dessus une portière de voiture ouverte et a chuté. L'accident a provoqué une contusion hémorragique frontale droite de 4mm et une fracture temporale droite. L'incapacité de travail était totale depuis l'accident. L'assuré se plaignait d'une fatigabilité mentale très importante et de troubles de la concentration rendant son activité professionnelle difficile.
- c.** Une reprise de travail à titre thérapeutique de 10 à 20% a été tentée à partir du 26 mai 2015, mais s'était mal passée en raison des difficultés avec la hiérarchie directe. L'intégration dans un nouveau service avait permis d'améliorer la situation et d'augmenter la reprise de travail à 35% à partir du 7 mars 2016. Cependant, suite à un épuisement, l'assuré a été mis en arrêt de travail en mai 2016 et enfin licencié avec effet au 30 septembre 2016.
- d.** Dans le cadre de la demande de prestations de l'assurance-invalidité du 22 janvier 2016 de l'assuré, le service médical régional pour la Suisse romande de cette assurance (ci-après : SMR) a retenu, dans son avis du 28 février 2017, une capacité de travail nulle dans toute activité en raison d'un traumatisme crânio-cérébral (ci-après : TCC) sévère avec les limitations de fatigue, fatigabilité très importante, limitation de l'endurance, de l'efficacité, risque d'erreurs accru, anxiété avec désorganisation et confusion, troubles marqués de la concentration et de l'attention, céphalées et altération de la sphère thymique et émotionnelle. À cela s'ajoutaient un burnout et un trouble réactionnel anxio-dépressif sans incidence sur la capacité de travail.
- e.** Une rente d'invalidité entière a été octroyée à l'assuré depuis le 1^{er} juillet 2016, par décision du 15 juin 2017 de l'office cantonal de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE).
- f.** Le 6 janvier 2018, l'ex-employeur de l'assuré a attesté que le dernier salaire de celui-ci était de CHF 165'000 en 2016 et que, sans son accident, il aurait pu prétendre à un poste de responsabilité avec un niveau de rémunération se situant entre CHF 230'000 et 240'000.- bonus compris.
- g.** En mars 2019, l'assuré a été soumis à une expertise bidisciplinaire neurologique et psychiatrique avec examen neuropsychologique au C_____ (ci-après : C_____) par le docteur D_____, spécialiste FMH en neurologie, le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et Madame ,

neuropsychologue. Dans leur rapport d'expertise du 13 mai 2019, les experts ont retenu les diagnostics incapacitants de status après traumatisme cranio-cérébral avec syndrome post-commotionnel/post-confusionnel à prédominance frontale/comportementale, sur le plan neurologique. Au niveau neuropsychologique, ils ont constaté des troubles mnésiques exécutifs et attentionnels légers, une fatigabilité légère, une légère atteinte à la régulation émotionnelle. L'expert psychiatre a diagnostiqué un trouble mental organique de type syndrome post-commotionnel avec troubles neuropsychiatriques. Un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail. L'ancienne activité d'expert-comptable n'était plus exigible. Toutefois, dans une activité sans responsabilité majeure, stress important et exigence de rendement immédiat, la capacité était de 30% dès le 1^{er} juin 2019 et devrait augmenter progressivement jusqu'à 100% avec un rendement de 80%. L'état était stabilisé.

h. Dans son rapport médical du 12 septembre 2019, le docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie et psychiatre traitant, a considéré que la capacité de travail dans une activité adaptée était entre 35% et 50%.

i. Dans un rapport du 27 juin 2019 au mandataire de l'assuré, le docteur H_____, neurologue FMH, a attesté une capacité de travail d'au maximum entre 30% et 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

j. Dans le complément d'expertise du 27 novembre 2019, les experts du C_____ se sont prononcés sur les avis divergents des médecins et de la psychologue traitants et ont maintenu leurs conclusions.

k. En novembre 2019, l'OAIE a entamé une procédure de révision d'office. Dans ce cadre, le SMR a examiné l'expertise du C_____, ainsi que les rapports des médecins et de la neuropsychologue traitants. Il a souligné que les médecins traitants étaient unanimes à reconnaître à l'assuré une capacité de travail de 30% dans une activité adaptée. Par ailleurs, l'activité adaptée retenue par les experts du C_____, à savoir une activité sans responsabilité majeure, stress important et exigences immédiates, était difficilement compatible avec un travail en économie libre. Selon toute vraisemblance, une capacité de travail supérieure à 30% était ainsi difficilement exigible dans le premier marché de l'emploi.

l. Par courriel du 21 février 2020, la Zurich a informé l'assuré qu'elle attendait la mise en œuvre des mesures professionnelles éventuelles par l'OAI avant d'examiner la question de l'invalidité.

m. Dans son rapport du 8 juin 2020, la division de réadaptation professionnelle de l'assurance-invalidité a considéré qu'aucune mesure professionnelle ne permettrait de maintenir ou d'améliorer la capacité de gain. De surcroît, l'assuré ne pouvait bénéficier de mesures professionnelles, étant frontalier au bénéficiaire d'une rente. Cette division a ainsi préconisé le maintien de la rente d'invalidité.

n. Par communication du 18 juin 2020, l'OAIE a maintenu le droit à une rente entière.

o. Selon l'appréciation du 4 octobre 2020 de la docteure I_____, psychiatre-psychothérapeute et médecin-conseil de la Zurich, l'exigibilité de la reprise de travail aurait dû atteindre le taux de 80%, compte tenu de la perte de rendement, au plus tard quatre ans après l'accident, soit en mars 2019.

p. Par décision du 16 décembre 2020, la Zurich a mis fin à la prise en charge du traitement médical au 31 mars 2019, sous réserve de traitements réunissant les conditions légales, et a renoncé au remboursement des traitements déjà réglés après cette date. Elle a également annulé le droit aux indemnités journalières à cette date, étant précisé qu'elle les avait versées jusqu'à fin novembre 2020, et a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 64% dès le 1^{er} avril 2019, sous déduction des indemnités journalières versées, et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 35%.

B. a. Le 26 janvier 2021, l'assuré s'est opposé à cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à l'octroi d'une rente correspondant au degré d'invalidité de 91,69%. Ce faisant, il se fondait sur une capacité de travail de 30%, telle que retenue par ses médecins traitants et l'OAIE, et mettait en cause le calcul de sa perte de gain. Il a par ailleurs contesté le droit de l'intimée de reconsidérer sa décision d'octroi des indemnités journalières jusqu'au 30 novembre 2020.

b. Dans son rapport du 28 juillet 2021, le Dr G_____ a fait état d'une rechute depuis début de l'année 2021 avec évolution dépressive, recrudescence de la fatigue, insomnie, baisse de l'élan vital et angoisses. L'assuré a mentionné en outre deux tentatives de suicide en 2021. La capacité de travail était de 30% et un traitement psychiatrique était nécessaire pour réduire les conséquences de l'accident et renforcer les capacités d'adaptation.

c. Le 23 août 2021, Madame J_____, psychologue spécialiste en neuropsychologie, a indiqué que la thérapie avait été interrompue depuis le 21 avril 2021, suite à l'arrêt de sa prise en charge par la décision du 16 décembre 2020 de l'intimée. L'assuré présentait à nouveau des troubles du sommeil. Il était important qu'il puisse obtenir à long terme une aide spécialisée dans la gestion de ses troubles post-traumatiques pour l'aider et le conseiller face à ses troubles neuropsychologiques et neuropsychiatriques. L'état thymique était très fluctuant et s'intensifiait souvent.

d. Le Dr H_____ a indiqué dans son rapport du 23 août 2021 que l'état était stabilisé du point de vue neurologique et neuropsychologique.

e. Par courriel du 28 septembre 2021, la Zurich a informé l'assuré qu'une décision sur opposition ne pouvait être rendue en l'état du dossier, dès lors que son état de santé s'était aggravé, de sorte qu'une nouvelle expertise était nécessaire.

f. Le 12 octobre 2021, la Zurich a informé l'assuré de son intention de mettre en œuvre une nouvelle expertise multidisciplinaire et lui a communiqué les noms des médecins pressentis et les dates d'examen.

g. Dans son rapport du 27 octobre 2021, le Dr G_____ a indiqué que l'évolution de l'état de santé psychique de l'assuré était préoccupante avec une symptomatologie thymique sévère depuis plusieurs mois, induite par le stress psycho-social chronique et une forte incertitude face à l'avenir.

h. Par courrier du 28 octobre 2021, l'assuré a contesté la nécessité de la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, au vu des appréciations de ses médecins traitants qui estimaient que son état était stabilisé depuis plusieurs années et qu'il n'y avait pas d'amélioration depuis 2016. Quant à la péjoration de son état psychique depuis plusieurs mois, elle était due aux facteurs inhérents au contexte de l'actuelle procédure assécurologique longue et anxiogène, comme attesté par le Dr G_____.

i. Par décision du 16 mars 2022, la Zurich a partiellement admis l'opposition et a réformé sa décision dans le sens que seules les indemnités journalières versées d'avril 2019 à juin 2020 étaient déduites des rentes dues dès le 1^{er} avril 2019. Elle a confirmé sa décision initiale pour le surplus. Cela étant, elle a estimé avoir le droit de reconsidérer sa décision de versement des indemnités journalières au-delà du 1^{er} avril 2019 au motif qu'elle était manifestement erronée et que sa rectification revêtait une importance notable. Or, en l'occurrence, elle avait versé de façon manifestement erronée les indemnités journalières entre le 1^{er} avril 2019 et le 30 juin 2020. La somme de ces indemnités étant de CHF 126'483.-, la rectification de sa décision revêtait une importance notable, dans la mesure où les rentes dues durant cette période ne s'élevaient qu'à CHF 80'640.-.

C. a. Par acte du 2 mai 2022, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation, à la fixation du taux d'invalidité à 91,40%, à l'octroi d'une rente de ce pourcentage dès le 1^{er} décembre 2020, avec les intérêts moratoires légaux, à la fixation du taux de l'indemnité pour perte de l'intégrité à 50% au minimum et à la prise en charge du suivi des traitements neurologiques, neuropsychologiques et psychiatriques postérieurs à la date de fixation de la rente, sous suite de dépens. Subsidiairement, il a conclu à la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire judiciaire. Ce faisant, le recourant a contesté que l'intimée était en droit de reconsidérer sa décision d'octroi d'indemnités journalières jusqu'au 30 novembre 2020. Il s'est essentiellement fondé sur les avis de ses médecins traitants concernant sa capacité de travail, ainsi que la décision de l'OAIE. Il a par ailleurs contesté le revenu avec et sans invalidité pris en considération pour le calcul de sa perte de gain.

b. Dans sa réponse du 15 juin 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours, en se fondant sur l'expertise du C_____ et en contestant le salaire sans invalidité allégué.

c. Dans leurs réplique et duplique du 29 juillet, respectivement 27 septembre 2022, les parties ont persisté dans leurs conclusions.

d. Par écriture du 11 octobre 2022, l'intimée a notamment contesté le revenu hypothétique sans invalidité allégué par le recourant.

e. Par écriture du 30 novembre 2022, le recourant s'est déterminé sur les observations précitées de l'intimée.

f. Le recourant ayant sollicité, le 3 avril 2023, l'audition du Dr H_____ et la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, l'intimée s'y est opposée par écriture du 20 avril 2023.

g. Par écriture du 2 mai 2023, le recourant a réitéré sa demande d'expertise judiciaire, l'expertise du C_____ n'étant pas probante. La division de réadaptation professionnelle avait par ailleurs considéré que la formation à un nouvel emploi serait presque impossible et qu'une activité à 30% n'existait pas sur le marché économique ordinaire.

h. L'intimée a contesté, le 22 mai 2023, l'appréciation de l'OAIE, en se fondant sur celle de sa psychiatre-conseil, la Dre I_____.

i. Par ordonnance du 12 octobre 2023, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) a mis en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire avec un bilan neuropsychologique et l'a confiée au professeur K_____, psychiatre-psychothérapeute, et au docteur L_____, neurologue.

j. Ce dernier neurologue n'a pas accepté le mandat et la chambre de céans n'a trouvé aucun autre neurologue disposé d'effectuer une expertise de concert avec le Dr K_____. Elle a dès lors maintenu l'expertise judiciaire uniquement pour le volet psychiatrique et neuropsychologique, par ordonnance du 12 février 2024.

k. Dans leur expertise du 9 juin 2024, Madame M_____, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP et neuropsychologue ASNP, le Prof. K_____ et le professeur N_____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP, ont posé les diagnostics de syndrome post-commotionnel, trouble anxieux et dépressif mixte et traits de personnalité anankastique, en se fondant sur la classification internationale des maladies CIM 11. Les deux premiers diagnostics étaient en lien de causalité naturelle avec l'accident avec un très haut degré de vraisemblance prépondérante, avoisinant 100%. Sur le plan neuropsychologique, il y avait des limitations fonctionnelles consistant en difficultés attentionnelles (difficulté de mobilisation des ressources), de la mémoire épisodique verbale (reconnaissance sévèrement déficitaire) et exécutives (intrusions, mémoire de travail déficitaire, induction de lois temporelles laborieuses). L'intolérance aux écrans n'avait pas été constatée. Le recourant présentait essentiellement des difficultés attentionnelles sans lien avec un stimulus visuel. Une fatigabilité était présente tant sur le plan neuropsychologique que de l'observation clinique en entretien psychiatrique. Elle

contribuait à la performance déficitaire aux épreuves impliquant la mobilisation des ressources attentionnelles et la mémoire de travail. Le recourant avait également rapporté une hypersomnie. La capacité de travail était de 50%, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée aux déficits constatés, soit un travail à prédominance physique, sans exigences de concentration ou d'attention soutenue, simple et répétitif, sans exigence de planification et élaboration de stratégies complexes. Quant à l'évolution des atteintes provoquées par l'accident, elles sont initialement restées stables jusqu'en juillet 2021 avec une capacité de travail maximal en milieu adapté ne dépassant pas 30%. Dès juillet 2021 et jusqu'à fin 2022 (recte : 2021), la capacité de travail était nulle dans toutes les activités en raison d'une décompensation dépressive avec passages à l'acte suicidaire. Elle était ensuite nulle dans l'activité usuelle et de 50% dans une activité adaptée. Le taux d'atteinte à l'intégrité était supérieur à 35%. Un suivi psychiatrique était nécessaire à long terme en raison de la chronicisation des symptômes, ainsi qu'un traitement antidépresseur à potentiel anxiolytique. Toutefois, ces traitements n'amélioreraient pas notablement son état de santé ni empêcheraient une aggravation notable après fin 2020. Le pronostic était réservé. Les atteintes neuropsychologiques et l'humeur resteront sans modification dans les années à venir. L'expert judiciaire s'est également prononcé sur l'expertise du C _____ dont il ne partageait pas les conclusions.

l. Dans ses conclusions après expertise du 12 septembre 2024, le recourant a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité de CHF 111'446.- par an du 1^{er} avril 2019 au 30 juin 2021, de CHF 118'560.- du 1^{er} juillet au 31 décembre 2021 et de CHF 105'518.40 dès le 1^{er} janvier 2022, sous réserve de l'application de l'art. 20 al. 2 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Il a conclu à ce que l'intimée soit condamnée à payer la différence entre ces montants et ceux déjà acquittés depuis le 1^{er} décembre 2020, avec intérêts moratoires de 5% l'an dès le 24^{ème} mois suivant l'exigibilité de ces montants. Il a par ailleurs conclu à la prise en charge des frais de traitements de son psychiatre et de sa neuropsychologue depuis la fixation de la rente.

m. Dans ses observations du 13 septembre 2024 sur expertise judiciaire, l'intimée a critiqué que l'expert judiciaire a fondé ses diagnostics sur la CIM-11 et non sur la CIM-10. Le trouble neurocognitif étant qualifié de léger, cela correspondait seulement à une incapacité de travail de 10 à 30% selon les critères de Swiss Insurance Medecine (ci-après: SIM). Il y avait par ailleurs, selon l'expertise judiciaire, des symptômes d'hyperactivité dans l'enfance et d'attention à l'âge adulte. Or, un éventuel trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) avec un impact sur la performance n'avait pas été examiné. L'intimée a ainsi estimé qu'il y avait lieu de compléter cette expertise par plusieurs questions.

n. Dans sa réplique spontanée du 27 septembre 2024, le recourant a allégué que la classification CIM-11 constituait un système de classification reconnu, selon la jurisprudence de la chambre de céans. Les experts avaient par ailleurs

exhaustivement détaillé l'évolution du trouble anxieux et dépressif mixte du recourant depuis l'accident, étant rappelé que le recourant ne présentait aucun antécédent psychiatrique avant l'accident. Il était déjà retenu dans l'expertise du C_____ du 13 mai 2019 que les atteintes à la santé psychiques découlaient de façon certaine de l'accident. Quant à un éventuel TDAH, se manifestant par des problèmes liés à l'inattention ou à l'attention soutenue, ces troubles étaient manifestement consécutifs à l'accident, dès lors qu'ils auraient été incompatibles avec les exigences de l'ancien poste de travail. Au demeurant, le C_____ n'avait constaté aucun état antérieur susceptible d'avoir un impact sur l'état de santé du recourant. Quant à l'évaluation de la capacité de travail par les experts judiciaires, elle tenait compte également des limitations psychiatriques et non seulement neurocognitives.

o. L'intimée a également déposé une détermination spontanée le 30 septembre 2024. Elle a maintenu que l'utilisation de la CIM-11 était déconseillée et s'est prononcée sur le début du droit à la rente, ainsi que le taux d'invalidité. Contrairement à son calcul précédent, elle a retenu pour le revenu d'invalidé la valeur médiane des salaires réalisés par les hommes dans toutes les activités avec un niveau de compétence 1, soit CHF 5'417.- par mois. Selon son nouveau calcul, le taux d'invalidité était de 70%.

p. Dans l'expertise complémentaire judiciaire du 29 octobre 2024, l'experte neuropsychologue judiciaire a précisé que le tableau neuropsychologique n'avait pas évolué depuis 2015 et restait compatible avec les séquelles du TCC subi. L'incapacité de travail était fixée à 50% en tenant compte de la symptomatologie anxieuse et dépressive et du tableau neuropsychologique. Le recourant avait fonctionné à un très haut niveau d'exigence de rendement sans avoir été parasité par des difficultés attentionnelles avant son TCC. Sur la base des questionnaires CADDRA, un diagnostic de TDAH pendant l'enfance ne pouvait être retenu. Toutefois, même si une forme légère de TDAH était présente durant l'enfance, le recourant avait pu compenser ces déficits par son intelligence fluide.

L'expert psychiatre judiciaire a indiqué que l'expertise du C_____ mettait l'accent uniquement sur la perturbation neuropsychologique, alors que le recourant présentait également des troubles non-neuropsychologiques du syndrome post-commotionnel qui étaient potentialisés par une symptomatologie anxieuse et dépressive. La question de la classification diagnostique utilisée était par ailleurs sans pertinence en l'occurrence. Quant aux tables de la SUVA, elles n'étaient pas une référence pour un travail d'expertise psychiatrique, en ce qui concerne la détermination du taux d'atteinte à l'intégrité.

q. Dans sa détermination du 5 décembre 2024, le recourant a considéré que l'expertise complémentaire judiciaire permettait d'écarter les objections de l'intimée. En admettant une atteinte moyenne des troubles de la fonction cérébrale après une lésion cérébrale au sens de la table 8 de la SUVA, le taux d'atteinte était de 50%.

r. Dans sa détermination sur complément d'expertise judiciaire du 20 décembre 2024, l'intimée a persisté à considérer que l'utilisation de la CIM-11 était problématique. En outre, l'appréciation des limitations fonctionnelles retenues par les experts judiciaires apparaissait en contradiction avec leurs diagnostics fondés sur la CIM-11. L'expertise judiciaire et son complément étaient affectés de biais méthodologiques, de sorte qu'une valeur probante ne pouvait leur être attribuée et qu'une surexpertise s'avérait nécessaire.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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 LAA.

1.2 À teneur de l'art. 58 al. 2 LPGA, si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège.

1.3 En l'espèce, l'employeur du recourant au moment de son accident avait son siège dans le canton de Genève.

Partant, la compétence *ratione materiae et loci* pour juger du cas d'espèce est établie.

2. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 et 60 al. 1 LPGA; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai prévu par la loi, le recours est recevable, compte tenu de la suspension des délais du 7^e jour avant Pâques au 7^e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA).

3. L'objet du litige est la question de savoir si le recourant a droit à une rente d'invalidité supérieure à 64% et à partir de quelle date, ainsi qu'à une IPAI supérieure à 35% et au remboursement des traitements psychiatriques et neuropsychologiques postérieurs à décembre 2020. Se pose également la question de savoir si l'intimée était en droit de reconsidérer sa décision informelle d'octroi des indemnités journalières versées à partir du 1^{er} avril 2019.

4. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

4.1 La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et la référence ; 129 V 402 consid. 2.2 et les références).

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.1 et les références). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (arrêt du Tribunal fédéral 8C_650/2019 du 7 septembre 2020 consid. 3 et les références). La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2).

4.2 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, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (art. 18 al. 1 LAA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016).

5.

5.1 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. 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 132 V 93 consid. 4 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

5.2 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 (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

5.3 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).

5.3.1 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 137 V 210 consid. 1.3.4 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

5.3.2 Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

5.3.3 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et les

références ; 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

6. 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 142 V 435 consid. 1 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6. 1 et la référence).

7.

7.1 Dans son expertise du 9 juin 2024, accompagnée d'un bilan neuropsychologique, l'expert psychiatre judiciaire émet les diagnostics de syndrome post-commotionnel, trouble anxieux et dépressif mixte, ainsi que de traits de personnalité anankastique, en se fondant sur la classification internationale des maladies CIM 11. Les deux premiers diagnostics sont en lien de causalité naturelle avec l'accident à un très haut degré de vraisemblance prépondérante, avoisinant 100%. Sur le plan neuropsychologique, il y a des limitations fonctionnelles consistant en difficultés attentionnelles (difficulté de mobilisation des ressources), de la mémoire épisodique verbale (reconnaissance sévèrement déficitaire) et exécutives (intrusions, mémoire de travail déficitaire, induction de lois temporelles laborieuses). L'intolérance aux écrans n'a pas été constatée. Le recourant présente essentiellement des difficultés attentionnelles sans lien avec un stimulus visuel. Une fatigabilité est présente tant sur le plan neuropsychologique que de l'observation clinique en entretien psychiatrique. Elle contribue à la performance déficitaire aux épreuves impliquant la mobilisation des ressources attentionnelles et la mémoire de travail. Le recourant a également rapporté une hypersomnie. La capacité de travail est de 50%, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée aux déficits constatés, soit un travail à prédominance physique, sans exigences de concentration ou d'attention soutenue, simple et répétitif, sans exigence de planification et d'élaboration de stratégies complexes. Quant à l'évolution des atteintes provoquées par l'accident, elles sont initialement restées stables jusqu'en juillet 2021 avec une capacité de travail

maximale en milieu adapté ne dépassant pas 30%. Dès cette date et jusqu'à fin 2022, la capacité de travail est nulle dans toutes les activités en raison d'une décompensation dépressive avec passages à l'acte suicidaire. Elle est ensuite nulle dans l'activité usuelle et de 50% dans une activité adaptée. Le taux d'atteinte à l'intégrité est supérieur à 35%. Un suivi psychiatrique est nécessaire à long terme en raison de la chronicisation des symptômes, ainsi qu'un traitement antidépresseur à potentiel anxiolytique. Toutefois, ces traitements n'amélioreraient pas notablement l'état de santé ni empêcheraient une aggravation notable après fin 2020. Le pronostic est réservé. Les atteintes neuropsychologiques et l'humeur resteront sans modification dans les années à venir. Dans son complément d'expertise, l'expert psychiatre précise que l'expertise du C_____ a mis l'accent uniquement sur la perturbation neuropsychologique. Or, l'incapacité de travail est déterminée également par les composantes non-neuropsychologiques du syndrome post-commotionnel (fatigabilité accrue avec baisse de l'élan vital, irritabilité avec mauvaise gestion des contrariétés, vulnérabilité au stress, humeur maussade, hypersomnie, sentiment de dévalorisation), lesquelles sont potentialisées par la symptomatologie anxieuse et dépressive.

7.2 Dans le bilan neuropsychologique, il est relevé que la gravité de l'atteinte est légère selon les critères de l'Association Suisse des Neuropsychologues (ASNP), dans la mesure où on observe une préservation des performances pour les fonctions exécutives (planification, organisation, flexibilité) et les capacités mnésiques visuo-spatiales. L'experte neuropsychologue précise dans son complément d'expertise du 30 septembre 2024 que le tableau neuropsychologique n'a pas évolué depuis 2015 et reste compatible avec les séquelles du TCC subi. Certes, les troubles neuropsychologiques sont qualifiés de légers. Toutefois, le niveau de référence est élevé, s'agissant d'une personne avec une intelligence fluide de bon niveau. Son incapacité de travail ne dépend pas seulement du tableau neuropsychologique, mais également de la symptomatologie anxieuse et dépressive, ainsi que surtout du syndrome post-commotionnel, lequel se manifeste en l'occurrence par des troubles de la concentration, une fatigue diurne envahissante, des maux de tête, des difficultés d'équilibre, une hypersensibilité au bruit, une irritabilité accrue, une vulnérabilité au stress et des comportements impulsifs.

7.3 Sur le plan formel, cette expertise remplit les critères jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante, sous réserve de ce qui suit. Elle a été en effet établie en pleine connaissance du dossier médical, prend en considération les plaintes du recourant et contient des constatations objectives. Ses conclusions sont sérieusement motivées et convaincantes pour la plupart, de sorte que la chambre de céans ne saurait s'en écarter sans motif valable.

8.

8.1 L'intimée dénie en premier lieu une valeur probante à l'expertise judiciaire au motif que les experts posent les diagnostics en se fondant sur la CIM-11, adoptée

en juin 2019 par l'Assemblée générale de l'OMS, mais qui n'a pas encore été reconnue par le Tribunal fédéral comme système de classification des maladies.

8.1.1 Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le diagnostic doit être fondé *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu. Toutefois, pour le droit aux prestations d'un assuré, est déterminante la répercussion de l'atteinte à la santé diagnostiquée sur la capacité de travail (art. 4 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 - LAI - 831.20, art. 16 LPGA). Ainsi, la dénomination diagnostique la mieux appropriée pour décrire la pathologie de l'assuré se révèle dans ce contexte plutôt secondaire (ATF 132 V 65 consid. 3.4 p. 69 s. et les références).

La onzième révision de la CIM, laquelle succède à la CIM-10 qui est toujours en vigueur, a été introduite en janvier 2022 et assortie d'une période transitoire de cinq ans. Elle n'est cependant officiellement entrée en vigueur que pour l'enregistrement et la déclaration, au niveau national et international, des causes de maladie et de décès (<https://www.who.int/fr/newa/item/11-02-2022-release>). Selon le Guide pour la mise en œuvre et la transition, « La Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM) est la norme de référence internationale pour l'enregistrement, la notification, l'analyse, l'interprétation et la comparaison systématiques des données de mortalité et de morbidité » (https://ICD-11_Implementation_or_Transition_Guide_rev_25_10_2019-fr, p. 7). Son objectif est « de pouvoir produire des données sanitaires comparables au niveau international » (ibidem).

La publication des « Descriptions cliniques et exigences diagnostiques », à savoir les critères diagnostiques, ne seront publiées que plus tard. Les auteurs de l'article intitulé « CIM-11 – utilisation préconisée en psychiatrie » (in Bulletin des médecins suisses 2023; 104[10]: 34-35) auquel l'intimée se réfère, déconseillent pour l'instant l'utilisation de cette classification pour le diagnostic et le codage, tant qu'un manuel précisant les « Descriptions cliniques et exigences diagnostiques » ne sont pas publiées et tant qu'une traduction officielle n'est pas disponible, en raison de malentendus possibles concernant la nomenclature et de l'insécurité juridique entraînant des difficultés de comparaison. Les autrices et auteurs de cette publication font uniquement une exception pour le diagnostic de trouble de stress post-traumatique complexe, dans la mesure où ni la CIM-10 ni le Diagnostic and Statistical Manual, cinquième révision (ci-après: DSM-5) permettent de poser ce diagnostic, où ce diagnostic a fait l'objet d'une abondante littérature depuis des années et où « la CIM-10 traite le changement de personnalité survenant après un stress extrême comme "équivalent" sans faire preuve d'esprit critique, sans que cette notion ne soit non plus concrètement appliquée ».

8.1.2 En l'espèce, il ne saurait être considéré que les diagnostics de syndrome post-commotionnel (6D71), de trouble anxieux et dépressif mixte (6A73) et de traits de personnalité anankastique (6D11) fondés sur la CIM-11 reposent sur une

classification non reconnue. En effet, elle a été adoptée par l'OMS en janvier 2022 et est déjà officiellement en vigueur pour l'enregistrement, la notification, l'analyse, l'interprétation et la comparaison systématiques des données de mortalité et de morbidité. Il s'agit par ailleurs de diagnostics reconnus depuis bien longtemps dans les classifications internationales des maladies mentales et donc pas de nouveaux troubles psychiques non répertoriés jusqu'alors dont la reconnaissance par les juridictions pourrait être éventuellement douteuse. C'est certainement pour cette raison que l'expert psychiatre judiciaire considère que l'utilisation de la CIM-10 ou de la CIM-11 est sans pertinence *in casu*.

8.2 L'intimée estime par ailleurs que les diagnostics retenus par les experts apparaissent comme contradictoires avec l'appréciation des limitations fonctionnelles.

Il est vrai que l'expert psychiatre n'est pas très précis en ce qui concerne la dénomination des troubles retenus. En effet, comme le relève l'intimée, le diagnostic 6D71 selon la CIM-11 correspond à un trouble neurocognitif léger et non à un syndrome post-commotionnel comme indiqué par l'expert. Toutefois, une recherche effectuée dans la CIM-11 mentionne que l'ancien diagnostic de syndrome post-commotionnel est l'équivalent du trouble neurocognitif léger selon la CIM-10. En réalité, l'expert psychiatre judiciaire se réfère au diagnostic F07.2 de la CIM-10 en ce qui concerne les critères du syndrome post-commotionnel, ce qui est cependant admissible, dans la mesure où la CIM-10 est toujours en vigueur.

Certes, selon la description de la CIM-11, le trouble neurocognitif léger n'est pas grave au point d'entraver de manière significative la capacité d'une personne à réaliser des activités liées à sa fonction personnelle, familiale, sociale, scolaire et/ou professionnelle ou à d'autres domaines fonctionnels importants. Ce critère fait défaut dans la CIM-10. Il n'en demeure pas moins que, selon la table 8 de la SUVA concernant l'atteinte à l'intégrité en cas de troubles de la fonction cérébrale après une lésion cérébrale, une atteinte minimale à modérée engendre une atteinte à l'intégrité de 10%, une atteinte modérée de 20%, une atteinte modérée à moyenne de 35% et une atteinte moyenne de 50%. Au vu de ces degrés d'atteinte relativement importants, même pour un trouble neurocognitif léger à modéré, il paraît incohérent de considérer, comme dans la CIM-11, qu'un tel trouble n'entrave pas significativement les capacités d'une personne au niveau social et professionnel.

Une atteinte modérée est définie comme suit dans la table 8 de la SUVA :

« Légère diminution de certaines fonctions cognitives. Sont touchées en particulier l'attention soutenue, la mémorisation lors d'exigences accrues, ou certaines fonctions exécutives complexes (planification, résolution de problèmes).

Autres troubles psychiques: discrète altération de la personnalité induite par de légers troubles de l'élan ou de l'affect, ou légers troubles de la faculté critique. Le

patient agit dans son milieu social de façon pratiquement inchangée. L'exercice de l'ancienne activité professionnelle est possible. Pour les professions requérant des facultés cognitives élevées, le fonctionnement est diminué. »

Quant à une atteinte moyenne, elle est décrite comme suit dans la table 8 :

« Troubles cognitifs : nette diminution des performances d'une ou de plusieurs fonctions cognitives. L'attention, la mémoire et fonctions exécutives sont presque toujours atteintes. Des troubles peuvent cependant intéresser d'autres secteurs fonctionnels.

Autre troubles psychiques; généralement, on observe une nette altération de la personnalité. La pulsion, l'auto-initiative, l'affect, le sens critique et le comportement social sont l'isolement ou de façon combinée nettement altérés.

Le retour à l'ancienne place de travail est compromis, également dans les métiers ne requérant que de faibles facultés cognitives. Le patient ne peut exécuter que les aspects les plus simples d'un travail. L'entourage social décrit le patient comme changé. »

Swiss Insurance Medecine (ci-après: SIM), une plateforme interdisciplinaire pour la médecine d'assurance, a élaboré des « Critères permettant de définir le degré de gravité d'un trouble neuro-psychologique et classement par capacité fonctionnelle et capacité de travail » que l'intimée a produits avec ses écritures du 13 septembre 2024. Ces critères sont en principe compatibles avec la table 8 de la SUVA (p. 5 du document). Sur la base de critères se fondant sur les capacités cognitives, d'une part, et les atteintes dans d'autres domaines psychiques, la SIM a élaboré une table avec des valeurs indicatives de l'incapacité de travail (p. 7). Cette table donne les critères et valeurs suivants pour les troubles neuropsychologiques léger, léger à moyen et moyen:

« Trouble neuropsychologique léger : a) légère diminution des capacités de plusieurs sous-fonctions cognitives (1 à 2 ET en-dessous de la valeur moyenne) et/ou... b) légers signes dans les domaines de l'affectivité, du comportement ou de la personnalité.

La capacité fonctionnelle n'est pas limitée au quotidien ni dans la plupart des sollicitations professionnelles. La personne se fait à peine remarquer dans son environnement social. La capacité fonctionnelle est toutefois limitée lors des tâches et activités requérant un niveau d'exigences élevé.

Degré d'incapacité de travail de 10 à 30 % ».

« Trouble neuropsychologique léger à moyen : a) une ou au plus deux sous-fonctions cognitives sont nettement réduites (plus de 2 ET [écart-type] en-dessous de la valeur moyenne) et les autres légèrement diminuées (1 à 2 ET en-dessous de la valeur moyenne), et/ou... b) signes légers à moyens dans les domaines de l'affectivité, du comportement ou de la personnalité.

La capacité fonctionnelle est légèrement limitée au quotidien et dans la plupart des sollicitations professionnelles. La personne se fait légèrement remarquer dans son environnement social. La capacité fonctionnelle est toutefois moyennement limitée dans le travail ou lors des tâches requérant un niveau d'exigences élevé.

Degré d'incapacité de travail de 30 % à 50% ».

« Trouble neuropsychologique moyen : a) au moins deux sous-fonctions cognitives sont nettement réduites (plus de 2 ET en-dessous de la valeur moyenne) et les autres au moins légèrement diminuées (1 à 2 ET en-dessous de la valeur moyenne), et/ou... b) signes intermédiaires dans les domaines de l'affectivité, du comportement ou de la personnalité.

La capacité fonctionnelle est significativement limitée au quotidien et pour la plupart des sollicitations professionnelles. Seuls les travaux encore simples peuvent être réalisés. La personne se fait également nettement remarquer dans son environnement social. La capacité fonctionnelle est même fortement limitée dans le travail ou lors des tâches requérant un niveau d'exigences élevé.

Degré d'incapacité de travail de 50 à 70% ».

En l'occurrence, l'atteinte a été qualifiée par l'experte neuropsychologue de légère, sur la base des seules capacités cognitives (let. a dans la table de la SIM), ce qui justifie une incapacité de travail de 10 à 30%. Toutefois, l'expert psychiatre considère qu'en prenant aussi en considération le critère des atteintes dans d'autres domaines psychiques (qu'il considère en fait comme faisant partie du syndrome post-commotionnel), l'incapacité de travail est de 50%. Cela correspond dans la table de la SIM à un trouble neuropsychologique léger à moyen.

Cette appréciation s'approche de l'évaluation de la capacité de travail par le Dr H_____, lequel considère, dans son rapport du 27 juin 2019, que la capacité de travail est au maximum entre 30 et 50%, avec un rendement de 80%, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Dans son rapport médical du 12 septembre 2019, le Dr G_____, psychiatre traitant, retient une capacité de travail dans une activité adaptée entre 35% et 50%.

Certes, selon l'expertise du C_____ du 13 mai 2019, l'incapacité de travail n'est que de 30% dans une activité adaptée dès le 1^{er} juin 2019 et pourrait même être augmentée progressivement. Toutefois, de l'avis de l'expert psychiatre judiciaire, cette appréciation différente tient au fait que les experts du C_____ n'ont tenu compte que de la perturbation neuropsychologique et non des autres troubles, à savoir de la fatigabilité accrue avec baisse de l'élan vital, l'irritabilité avec mauvaise gestion des contrariétés, la vulnérabilité au stress, l'humeur maussade, l'hypersomnie et le sentiment de dévalorisation. À cela s'ajoute une symptomatologie anxieuse et dépressive, selon l'expert psychiatre judiciaire. J_____ mentionne également dans son rapport du 28 juin 2019 au mandataire du recourant que la problématique comportementale (irritabilité, impatience,

intolérance et agressivité) en lien avec le traumatisme est totalement sous-estimée par le C_____ (question 2, p. 2, let. e) et que celui-ci ne tient pas compte de l'impact de la fatigue (question 2, p. 3, let. f). Selon cette neuropsychologue, un degré d'incapacité de travail de 50 à 70% pourrait être retenu, selon les critères susmentionnés de la SIM.

Enfin, le SMR ne partage pas non plus l'appréciation de la capacité de travail par le C_____, dans son rapport du 14 avril 2020, et ne reconnaît au recourant qu'une capacité de travail de 30%.

Dès lors que le recourant cumule aussi bien des critères cognitifs que ceux relatifs à d'autres troubles psychiques et que ces derniers sont relativement marqués, la chambre de céans n'estime pas contradictoire l'évaluation de la capacité de travail à 50% par les experts judiciaires, évaluation qui s'approche de surcroît le plus de celle des médecins et de la neuropsychologue traitants. Il s'avère au contraire que les conclusions du C_____ constituent un avis isolé, en ce qu'elles reconnaissent au recourant une capacité de travail entière avec une perte de rendement de 20%.

8.3 L'intimée s'est interrogée sur l'impact du TDAH dans l'enfance, mis en évidence dans le questionnaire CADDRA, sur la performance du recourant et ainsi sur le lien de causalité entre l'ampleur de la diminution de la capacité de travail et l'accident. Toutefois, l'experte neuropsychologue judiciaire écarte dans son complément d'expertise le diagnostic de TDAH dans l'enfance. Au demeurant, avec le recourant, il sied d'admettre qu'un tel diagnostic aurait été incompatible avec le haut degré d'exigence du poste qu'il occupait avant la survenance de l'accident. L'experte neuropsychologue judiciaire relève également que le recourant a fonctionné auparavant à un très haut niveau d'exigence sans jamais avoir été parasité par des difficultés attentionnelles.

Par conséquent, un trouble psychiatrique antérieur à l'accident ne peut être retenu.

8.4 S'agissant des traits de personnalité anankastique ou trouble obsessionnel-compulsif retenu dans l'expertise judiciaire, un tel trouble se manifeste par une préoccupation excessive pour l'ordre, le perfectionnisme, le contrôle mental et interpersonnel. Même si ce trouble était préexistant à l'accident, rien n'indique qu'il avait un impact sur la capacité de travail. Au contraire, au degré de la vraisemblance prépondérante, cela paraît exclu au vu des hautes performances dont le recourant devait faire preuve dans son emploi avant son accident. Au demeurant, les experts judiciaires indiquent que les traits de personnalité anankastique ne sont pas incapacitants (expertise judiciaire p. 21).

8.5 La chambre de céans ne juge cependant pas convaincante la conclusion des experts judiciaires, selon laquelle le recourant a une capacité de travail de seulement 30% de 2016 jusqu'à sa décompensation en juillet 2021 et dès janvier 2022 une capacité de travail de 50%. En effet, dans la mesure où l'état était stabilisé avant la décompensation en juillet 2021, il n'y a pas de raison que la capacité de travail soit inférieure à celle postérieure à la décompensation. Il n'est

pas compréhensible que la capacité de travail aurait augmenté de 20% après la fin de la décompensation. Partant, la chambre de céans retiendra une capacité de travail de 50% durant la période litigieuse, sous réserve de la décompensation de juillet à décembre 2021, et de la validité de suppression des indemnités journalières à partir du 1^{er} avril 2019.

Sous cette réserve, il n'y a pas d'éléments pour mettre en cause la valeur probante de l'expertise judiciaire.

- 9.** Il convient ensuite d'examiner à partir de quelle date le droit à la rente est né et si l'intimée était, le cas échéant, en droit de supprimer rétroactivement les indemnités journalières.

Il sied à cet égard de rappeler que l'intimée a versé des indemnités journalières jusqu'au 30 novembre 2020, mais qu'elle a finalement reconnu au recourant, par décision du 16 décembre 2020, rétroactivement une rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2019, tout en révoquant le droit aux indemnités journalières déjà versées et en demandant leur restitution par compensation. Ce faisant, l'intimée se fonde sur l'expertise du C_____ de mars 2019 et l'avis de sa psychiatre conseil. L'intimée semble par la suite avoir attendu la mise en œuvre par l'OAI des mesures de réadaptation professionnelle préconisées par les experts du C_____. Toutefois, ledit office y a finalement renoncé, conformément au rapport du 8 juin 2020 de sa division de réadaptation.

Le recourant conteste le droit de l'intimée de reconsidérer ou réviser sa décision d'octroi d'indemnités journalières rétroactivement.

9.1

9.1.1 Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme ; le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). L'amélioration que doit amener une poursuite de traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures - comme une cure thermale - ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte,

l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2 et les références).

Dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, il appartient à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 3.2 et les références).

Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur la naissance du droit aux rentes lorsque l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, mais que la décision de l'assurance-invalidité quant à la réadaptation professionnelle intervient plus tard (art. 19 al. 3 LAA).

En se fondant sur cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a adopté l'art. 30 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) qui, sous le titre « Rente transitoire », prévoit à son alinéa premier que lorsque l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, mais que la décision de l'assurance-invalidité concernant la réadaptation professionnelle n'interviendra que plus tard, une rente sera provisoirement allouée dès la fin du traitement médical ; cette rente est calculée sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment-là. Le droit s'éteint dès la naissance du droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité (let. a), avec la décision négative de l'assurance-invalidité concernant la réadaptation professionnelle (let. b) ou avec la fixation de la rente définitive (let. c).

9.1.2 Selon la jurisprudence, une assurance-accidents ne peut pas statuer définitivement sur la fin du droit aux indemnités journalières et au traitement médical avant de statuer sur le droit à la rente, en raison du rapport étroit existant entre ces prestations (ATF 144 V 354 consid. 4). La suppression du droit aux indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical, d'une part, et le droit à une rente, d'autre part, constituent un seul objet de litige. Les décisions au sujet des indemnités journalières et le remboursement du traitement médical n'acquièrent force de chose jugée uniquement à partir du moment où l'assureur-accidents a statué sur la totalité de l'objet du litige.

9.1.3 Selon l'art. 11 OLAA, les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives ; les bénéficiaires de rentes d'invalidité doivent toutefois remplir les conditions posées à l'art. 21 de la loi.

Sous la note marginale « traitement médical après la fixation de la rente », l'art. 21 LAA prévoit que lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et

remboursement de frais (art. 10 à 13) sont accordées à son bénéficiaire notamment lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci (al. 1, let. b). L'assureur peut ordonner la reprise du traitement médical (al. 2). En cas de rechute et de séquelles tardives et, de même, si l'assureur ordonne la reprise du traitement médical, le bénéficiaire de la rente peut prétendre, outre la rente, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13). Si le gain de l'intéressé diminue pendant cette période, celui-ci a droit à une indemnité journalière dont le montant est calculé sur la base du dernier gain réalisé avant le nouveau traitement médical (al. 3).

Les rechutes et les séquelles tardives supposent en règle générale que le droit au traitement médical ait pris fin. Lorsque le cas né de l'accident initial a été clos par l'octroi d'une rente d'invalidité, l'art. 11 OLAA fait dépendre le droit aux prestations d'assurance de la réalisation des conditions de l'art. 21 LAA. Cette réserve de l'art. 11 OLAA est toutefois sans portée véritable dans la mesure où les art. 21 al. 1 let. b et 21 al. 3 LAA prévoient précisément un droit aux prestations d'assurance en cas de rechute et de séquelles tardives. Lorsque ces éventualités conduisent à une aggravation durable de la capacité de gain, la rente préexistante doit être révisée en application de l'art. 17 al. 1 LPGA (André NABOLD, in Marc HÜRZELER / Ueli KIESER [éditeurs], *Kommentar zum Schweizerischen Sozialversicherungsrecht*, UVG, 2018, n. 92 ad art. 6 LAA).

En cas de rechute, la rente n'est pas suspendue. L'assurée peut prétendre à des indemnités journalières en plus de la rente. Celles-ci sont calculées sur la base du dernier salaire réalisé avant la rechute. Lorsque l'assuré ne réalisait pas de revenu, les indemnités journalières ne sont pas dues (SBVR Soziale Sicherheit - Jean-Maurice FRÉSARD/Margit MOSER-SZELESS, p. 993 ch. 290)

9.2

9.2.1 En l'occurrence, il n'est pas nécessaire d'examiner si les conditions de la reconsidération sont remplies pour supprimer rétroactivement le droit aux indemnités journalières et accorder une rente d'invalidité, aux conditions de l'art. 53 al. 2 LPGA. En effet, comme mentionné ci-dessus, l'octroi des indemnités journalières et également le remboursement des traitements médicaux constituent des prestations provisoires, sur lesquelles l'assureur-accidents ne peut définitivement statuer qu'au moment où il prend une décision sur le droit à la rente.

9.2.2 De l'expertise judiciaire ressort que les atteintes sont restées initialement stables. En 2016, le recourant a échoué à reprendre une activité moins exposée dans le cadre de son emploi à plus de 35%. L'état clinique est resté ensuite sans amélioration notable.

La stabilisation de l'état de santé du recourant en mars 2019 n'a pas été mise en cause par les médecins traitants ni même par le recourant (cf. son courrier du 28

octobre 2021). Sur la base d'un examen du recourant en mars 2019, les experts du C_____ considèrent également que l'état est stabilisé dès lors qu'hormis la poursuite du traitement antalgique et des troubles du sommeil, aucun traitement ne permet d'améliorer fortement et sensiblement le résultat de guérison.

Ainsi, il doit être admis que l'état de santé du recourant était stabilisé en mars 2019, conformément à l'avis de la Dre I_____, et que le droit à la rente est né le mois suivant, en avril 2019.

Cela étant, l'intimée était en droit de supprimer les indemnités journalières rétroactivement à mars 2019 et de les compenser avec les rentes dues.

- 10.** Quant au degré d'invalidité, il doit être examiné sur la base d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée en 2019, comme relevé ci-dessus.

10.1 Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGa).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1 ; 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et 128 V 174).

10.1.1 Le salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré comprend tous les revenus d'une activité lucrative (y compris les gains accessoires et la rémunération des heures supplémentaires effectuées de manière régulière) soumis aux cotisations à l'assurance-vieillesse et survivants. En effet, l'art. 25 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201) établit un parallèle entre le revenu soumis à cotisation à l'AVS et le revenu à prendre en considération pour l'évaluation de l'invalidité ; le parallèle n'a toutefois pas valeur absolue. Cette réglementation est applicable par analogie dans le domaine de l'assurance-accidents, dès lors que la notion d'invalidité y est la même que dans l'assurance-invalidité. On rappellera cependant que l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents de même, l'assurance-invalidité n'est pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents. Pour établir le salaire réalisé en dernier lieu et son évolution subséquente, on se fondera en premier lieu sur les renseignements fournis par

l'employeur. Tant pour les personnes salariées que pour celles de condition indépendante, on peut également se référer aux revenus figurant dans l'extrait du compte individuel de l'AVS (arrêt du Tribunal fédéral 8C_679/2020 du 1^{er} juillet 2021 consid. 5.1 et les références).

Selon la jurisprudence, le revenu que pourrait réaliser l'assuré sans invalidité est en principe établi sans prendre en considération les possibilités théoriques de développement professionnel (lié en particulier à un complément de formation) ou d'avancement, à moins que des indices concrets rendent très vraisemblable qu'elles se seraient réalisées. Cela pourra être le cas lorsque l'employeur a laissé entrevoir une telle perspective d'avancement ou a donné des assurances en ce sens. En revanche, de simples déclarations d'intention de l'assuré ne suffisent pas; l'intention de progresser sur le plan professionnel doit s'être manifestée par des étapes concrètes, telles que la fréquentation d'un cours, le début d'études ou la passation d'examens (ATF 145 V 41 consid. 5.2.1). Ces principes s'appliquent aussi dans le cas de jeunes assurés. Le point de savoir si le salaire réel aurait augmenté grâce à un développement des capacités professionnelles individuelles, notamment un changement de profession, doit être établi au degré de la vraisemblance prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_657/2023 du 14 juin 2024 consid. 5.1 et les références, destiné à la publication). Contrairement à l'exigence de fréquentation d'un cours, la jurisprudence ne prévoit pas qu'il y ait une certitude d'engagement (arrêt du Tribunal fédéral 8C_657/2023 du 14 juin 2024 consid. 5.4, destiné à la publication). On ne peut pas déduire sans autre d'une carrière d'invalidé réussie dans un nouveau domaine d'activité que la personne assurée aurait atteint, sans invalidité, une position comparable dans son domaine d'activité habituel (ATF 145 V 141 consid. 5.2.1).

10.1.2 En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 148 V 174 consid. 6.2 et les références ; 143 V 295 consid. 2.2 et les références).

Il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1_tirage_skill_level, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1_skill_level et non pas le tableau TA1_b (ATF 142 V 178). Lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières ; tel est notamment le cas

lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. Il y a en revanche lieu de se référer à la ligne « total secteur privé » lorsque l'assuré ne peut plus raisonnablement exercer son activité habituelle et qu'il est tributaire d'un nouveau domaine d'activité pour lequel l'ensemble du marché du travail est en principe disponible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_709/2023 du 8 mai 2024 consid. 6.2.1 et les références). En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques dans le secteur privé) pour se référer à la table TA7 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon le domaine d'activité dans les secteurs privé et public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible. C'est le lieu de préciser que les tables TA1, T1 et TA7 des ESS publiées jusqu'en 2010 correspondent respectivement aux tables TA1_skill_level, T1_tirage_skill_level et T17 des ESS publiées depuis 2012 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2.2 et les références). La valeur statistique – médiane – s'applique, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_801/2021 du 28 juin 2022 consid. 3.6).

La table TA1_skill_level repose sur un système de niveaux de compétence par branches économiques alors que la table T17 repose sur un système de groupes de professions organisé selon des niveaux de compétences homogènes pour chaque grand groupe (arrêt du Tribunal fédéral 8C_709/2023 du 8 mai 2024 consid. 6.2.1).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 et les

références). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (cf. ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et ss. et les références). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

La prise en compte d'un abattement lié aux années de service n'est pas justifiée dans le cadre du choix du niveau de compétences 1 de l'ESS, l'influence de la durée de service sur le salaire étant peu importante dans cette catégorie d'emplois qui ne nécessitent ni formation ni expérience professionnelle spécifique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_546/2023 du 28 mars 2024 consid. 6.2.3. et la référence).

10.2

10.2.1 En l'espèce, l'intimée a pris en considération un revenu sans invalidité de CHF 183'432.- par an en 2019, après avoir adapté le salaire de 2015 à l'évolution des salaires jusqu'en 2019.

Toutefois, selon le recourant, il aurait obtenu une promotion sans la survenance de l'accident. Ce faisant, il se fonde sur l'attestation du 26 janvier 2018 de son ex-employeur. Selon celle-ci, il aurait pu prétendre à un poste de responsabilité auprès du département pour lequel il travaillait et percevoir une rémunération entre CHF 230'000.- et CHF 250'000.- par année, bonus compris.

Cette déclaration est claire et ne donne pas lieu à une interprétation. Cela paraît au demeurant hautement vraisemblable au vu de l'évaluation des compétences du recourant en 2014 par son ex-employeur. Ses performances ont obtenu des notes entre 2 et 3, étant précisé que la note 2 est donnée lorsque certaines attentes sont dépassées, et la note 3 lorsque les performances correspondent aux attentes. Le recourant a par ailleurs été mis au bénéfice du plan d'attribution d'actions réservé aux employés susceptibles de contribuer au succès à long terme et au développement du groupe, comme le démontre le versement en exécution de la vente des actions reçues.

Cela étant, la chambre de céans tient pour établi qu'il aurait pu réaliser un salaire de CHF 240'000.- sans invalidité, soit la moyenne entre CHF 230'000.- et CHF 250'000.-.

10.2.2 Quant au salaire sans invalidité, l'intimée s'est fondée sur la table TA1 des statistiques ESS de l'année 2018, en se référant au niveau de compétences 2 (tâches pratiques tel que le traitement des données et des tâches administratives, de la branche économique 69-71, comprenant des activités de comptable et de

gestion). Le salaire médian pour un homme s'élève à CHF 6'453.-. En tenant compte de durée moyenne du travail (41,5h/semaine), alors que les statistiques sont fondées sur une durée de 40 heures, et après adaptation du salaire à l'évolution entre 2018 et 2019, le salaire d'invalidé déterminant est de CHF 82'018.-. Toutefois, dans ses écritures du 30 septembre 2024, elle a retenu la valeur médiane des salaires réalisés par les hommes dans toutes les activités avec un niveau de compétence 1, soit CHF 5'417.- par mois.

Le recourant estime qu'il n'est plus capable de travailler dans le domaine de la comptabilité ou de la finance, raison pour laquelle il faut se référer au niveau de compétence 1 pour les activités physiques et manuelles simples, toutes activités confondues. L'intimée l'admet finalement dans ses écritures du 30 septembre 2024, de sorte qu'il y a un consensus sur le salaire d'invalidé.

En tenant compte de la durée moyenne du travail (41,5h/semaine), alors que les statistiques sont fondées sur une durée de 40 h, et après adaptation du salaire à l'évolution entre 2018 et 2019 (101,6 – 102,5 base 2015, indice des salaires nominaux 2016-2023), le salaire d'invalidé est de CHF 5'670.- par mois, soit CHF 68'040.- par an. À 50%, le salaire d'invalidé est ainsi de CHF 34'020.-.

Le niveau de compétence 1 tient déjà compte des limitations fonctionnelles du recourant au niveau de la concentration et de l'attention, ainsi que de sa faible résistance au stress.

Il n'y a aucune raison de procéder à un abattement supplémentaire en raison de la nationalité française du recourant, dans la mesure où il parle parfaitement le français.

Dans la mesure où le salaire d'invalidé est fondé sur un niveau de compétence 1, il n'y a pas non plus lieu de procéder à un abattement en raison de l'ancienneté du recourant.

10.2.3 En comparant les salaires avec et sans invalidité, il appert que la perte de gain s'élève à 85,825%. Arrondi au pourcentage supérieur, le recourant peut prétendre à une rente de 86%.

10.3 Le recourant a cependant subi une décompensation avec une incapacité de travail complète de juillet à décembre 2021. Cette péjoration ne constitue toutefois pas d'une modification durable de la capacité de travail, de sorte que les conditions d'une révision de la rente pendant cette période, en application de l'art. 17 LPGa, ne sont pas remplies. Il s'agit d'une rechute limitée dans le temps qui aurait pu éventuellement ouvrir le droit aux indemnités journalières, si le recourant avait réalisé un gain avant la rechute, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

- 11.** Le recourant se fonde par ailleurs sur l'art. 24 al. 2 OLAA pour exiger une augmentation du salaire déterminant.

11.1 Aux termes de cette disposition, lorsque le droit à la rente naît plus de cinq ans après l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle, le salaire

déterminant est celui que l'assuré aurait reçu, pendant l'année qui précède l'ouverture du droit à la rente, s'il n'avait pas été victime de l'accident ou de la maladie professionnelle, à condition toutefois que ce salaire soit plus élevé que celui qu'il touchait juste avant la survenance de l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle.

Par ailleurs, selon l'art. 22 al. 1 OLAA, dans sa teneur valable jusqu'au 31 décembre 2015, le montant maximum du gain assuré s'élève à CHF 126'000.- par an. Dès le 1^{er} janvier 2016, ce montant a été augmenté à CHF 148'200.-.

11.2 Comme relevé ci-dessus, le droit à la rente est né en avril 2019, soit moins de cinq ans après la survenance de l'accident en date du 2 mars 2015.

Par ailleurs, même cinq ans après l'accident, le gain assuré au sens de l'art. 22 al. 1 OLAA reste identique. Seul le salaire déterminant pour le calcul de la rente, pour autant que ce salaire soit inférieur au montant maximum du gain assuré, aurait pu être augmenté dans cette hypothèse.

- 12.** Le recourant réclame également une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 50%, correspondant à une atteinte moyenne selon la table 8 de la SUVA, au lieu des 35% admis par l'intimée, conformément à l'expertise du C_____.

Selon les experts judiciaires, le taux d'atteinte à l'intégrité est supérieur à 35%, sans autre précision.

Comme mentionné ci-dessus (cf. supra 8.2), les critères élaborés par la SIM concernant l'incapacité de travail sont en principe compatibles avec ceux figurant dans la table 8. Or, une incapacité de travail de 50% a été admise sur la base des critères de la SIM, en admettant le pourcentage d'incapacité de travail supérieur pour un trouble neuropsychologique léger à moyen pour lequel le degré d'incapacité de travail est entre 30 et 50%.

Toutefois, selon la table 8, pour une atteinte moyenne, le retour à l'ancienne place de travail doit être compromis également dans des métiers ne requérant que de faibles facultés cognitives et l'assuré doit être uniquement capable d'exécuter les aspects les plus simples d'un travail. Cela ne peut être admis en l'occurrence. Selon les tests neuropsychologiques, les capacités cognitives sont certes atteintes à un degré rendant impossible le retour à l'ancien poste de travail. Cependant, comme relevé ci-dessus, un travail à temps partiel dans son domaine de compétence demeure possible avec quelques restrictions. Il est à cet égard à relever que le recourant a été élu en 2020 en tant que conseiller municipal de son village comme bénévole. Il a certes démissionné en 2021 de ce mandat à cause de sa fatigabilité et de ses difficultés de concentration dans les réunions en soirée. Cela démontre néanmoins qu'il a conservé des facultés cognitives qui dépassent les aspects les plus simples du travail.

L'atteinte ne peut cependant pas non plus être qualifiée de modérée, dans la mesure où, selon la table 8, cela implique l'absence d'altération de la personnalité et un fonctionnement dans la majeure partie des exigences professionnelles intact.

Partant, s'agissant d'une atteinte qui est de modérée à moyenne, il sied de fixer le taux d'atteinte à l'intégrité à 45%, soit légèrement en-dessous du taux d'incapacité de travail admis.

- 13.** Le recourant conclut en outre à la prise en charge des traitements neurologiques, neuropsychologiques et psychiatriques après l'octroi de la rente.

13.1 L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). Le traitement médical n'est alloué qu'aussi longtemps que sa continuation est susceptible d'apporter une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré. Il cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1, 2^e phrase, LAA).

Lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire aux conditions énumérées à l'art. 21 al. 1 LAA, soit lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle (let. a), lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci (let. b), lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c) ou lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d).

Ainsi, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 41 consid. 3b). Dans l'éventualité visée à l'art. 10 al. 1 LAA, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain. En revanche, dans l'éventualité visée à l'art. 21 al. 1 LAA, un traitement ne peut être pris en charge qu'aux conditions énumérées à cette disposition (arrêt du Tribunal fédéral 8C_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 1). Les cas de figure listés à cet article sont exhaustifs (arrêt du Tribunal fédéral 8C_248/2023 du 19 septembre 2023 consid. 5.2.2 et la référence).

S'agissant de l'art. 21 al. 1 let. c LAA, il n'est pas exigé de la personne assurée, partiellement invalide, qu'elle fasse effectivement usage de sa capacité résiduelle de gain (arrêt du Tribunal fédéral 8C_620/2022 du 21 septembre 2023 consid. 6.3.5 et la référence, destiné à la publication).

Selon la jurisprudence, l'art. 21 al. 1 let. d LAA s'applique uniquement aux bénéficiaires d'une rente d'invalidité qui présentent une incapacité totale de travail, et ce indépendamment de leur âge (ATF 124 V 52 consid. 4 ; arrêt du

Tribunal fédéral 8C_248/2023 du 19 septembre 2023 consid. 3.1 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_620/2022 du 21 septembre 2023 consid. 6.3.5, destiné à la publication).

Il s'agit de prestations durables, dont l'octroi ne peut pas être limité à quelques mois (ATF 144 V 418). Si la continuation du traitement médical n'est plus susceptible d'apporter une sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA et si les conditions de l'art. 21 al. 1 LAA ne sont pas remplies, il appartient à l'assurance-maladie obligatoire de prendre en charge les frais de traitement (ATF 140 V 130 consid. 2.2 ; 134 V 109 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_691/2021 du 24 février 2022 consid. 3.3 et la référence).

13.2

13.2.1 L'intimée ne reconnaît que la nécessité de la poursuite des traitements antalgiques et pour le sommeil.

L'expert psychiatre judiciaire indique qu'un suivi psychiatrique est nécessaire au long cours en raison de la chronicisation des symptômes. Un traitement antidépresseur à potentiel anxiolytique serait indiqué pour améliorer les affects dépressifs de basse intensité. Il n'y a cependant pas de vraisemblance prépondérante pour admettre une modification substantielle de la capacité de travail par les traitements. En effet, aucun traitement permettrait d'améliorer notablement l'état de santé du recourant ou d'empêcher que celui-ci ne subisse une notable aggravation. L'expert psychiatre judiciaire le confirme dans sa réponse à la question du pronostic, en affirmant que les atteintes neuropsychologiques et de l'humeur resteront sans modification pour les années à venir.

Contrairement à ce qu'allègue le recourant, il convient de conclure de ce qui précède que les traitements neurologique, neuropsychologique et psychiatrique n'amélioreraient pas de façon considérable la capacité de travail et l'état de santé. Certes, l'expert psychiatrique judiciaire juge ces traitements nécessaires, mais considère parallèlement qu'ils n'amenderaient pas la capacité de travail en indiquant « vraisemblance faible par rapport à une modification substantielle de l'employabilité ».

Au demeurant, J_____ mentionne dans son rapport du 23 août 2021 qu'une prise en charge neuropsychologique est importante pour le recourant afin de maintenir ses acquis et une adaptation à ses séquelles persistantes. Elle n'atteste pas qu'un tel traitement améliorerait l'état de santé et la capacité de travail.

Partant, le droit du recourant aux traitements autres qu'antalgique et par des somnifères doit être nié après la naissance du droit à la rente, sous réserve de ce qui suit.

13.2.2 Toutefois, durant la décompensation de l'état de santé du recourant pendant la période de juillet à décembre 2021, le recourant a droit au remboursement des traitements neurologique, neuropsychologique et psychiatrique, en vertu de

l'art. 21 LAA (cf. supra consid. 9.1.3). Cependant, dans la mesure où l'intimée a remboursé à tort les traitements médicaux dès avril 2019 et n'en a pas demandé le remboursement, il sied de considérer que le droit à la prise en charge des traitements médicaux en cause est compensé par les traitements payés entre juin 2019 et le 30 novembre 2020.

- 14.** Le recourant réclame enfin des intérêts moratoires sur les prestations rétroactives dues.

14.1 Selon l'art. 26 al. 2 LPGA, des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe.

De par la loi, le versement d'intérêts moratoires pour les créances de prestations d'assurances sociales est subordonné au respect des trois conditions cumulatives suivantes : le délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, le délai de douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir son droit, le devoir incombant à l'assuré de collaborer (Sylvie PÉTRAMAND, Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n° 31 *ad* art. 26 LPGA).

Compte tenu des deux délais prévus à l'art. 26 al. 2 LPGA, des intérêts moratoires sont dus au plus tôt douze mois après que l'assuré a fait valoir son droit, dans la mesure où, à ce moment-là, le délai de 24 mois depuis la naissance du droit est écoulé (Sylvie PÉTRAMAND, *op cit.*, n° 38 *ad* art. 26 LPGA).

L'obligation de payer des intérêts moratoires commence 24 mois après la naissance du droit en tant que tel pour l'ensemble des prestations courues jusque-là, et non pas seulement deux ans après l'exigibilité de chaque prestation (ATF 133 V 9 consid. 3.6; ATAS/559/2019 du 24 juin 2019 consid. 11a).

Selon l'art. 7 de de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 [OPGA - RS 830.11]), le taux de l'intérêt moratoire est de 5% par an (al. 1). L'intérêt moratoire est calculé par mois sur les prestations dont le droit est échu jusqu'à la fin du mois précédent. Il est dû dès le premier jour du mois durant lequel le droit à l'intérêt moratoire a pris naissance et jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (al. 2).

14.2 Par décision du 16 décembre 2020, l'intimée a compensé les indemnités journalières de CHF 168'460.-, ainsi que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 44'100.-avec les rentes de 64%, soit de CHF 5'376.-, dues dès le 1^{er} avril 2019. Par décision sur opposition du 16 mars 2022, il a reconnu au recourant encore un solde de CHF 41'977.-, en renonçant à reconsidérer sa décision informelle de verser les indemnités journalières du 1^{er} juillet au 30 novembre 2020.

Il n'est par ailleurs pas contesté que le recourant a régulièrement réclamé l'octroi d'une rente et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Par conséquent, il ne fait pas de doute que l'intimée est tenue de verser un intérêt moratoire de 5% sur les rentes dues après 24 mois, ainsi que sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 45%. Toutefois, le calcul du moment à partir duquel elle était en demeure pour le versement de ces prestations s'avère complexe au vu de la substitution des indemnités journalières par des rentes d'un montant inférieur et des compensations intervenues.

Partant, la cause sera renvoyée à l'intimée pour déterminer le moment de la demeure et nouvelle décision sur les intérêts moratoires dus.

15. Au vu de ce qui précède, la décision dont est recours sera réformée dans le sens que le droit aux indemnités journalières est supprimé rétroactivement au 1^{er} avril 2019. Le recourant sera mis au bénéfice d'une rente de 86% dès le 1^{er} avril 2019, sous déduction des indemnités journalières et des rentes de 64% versées dès cette date. Le recourant sera également mis au bénéfice d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 45%. Les prestations dues portent un intérêt moratoire de 5% dès le moment où l'intimée était en retard de 24 mois. La cause sera enfin renvoyée à l'intimée pour le calcul du moment de la demeure et nouvelle décision sur les intérêts moratoires dus.
16. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 3'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).
17. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario*).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 16 mars 2022.
4. Supprime le droit aux indemnités journalières du 1^{er} avril 2019 au 30 novembre 2020.
5. Met le recourant au bénéfice d'une rente de 86% dès avril 2019, sous déduction des indemnités journalières versées dès cette date et de la rente de 64% versée à partir d'avril 2019.
6. Met le recourant au bénéfice d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 45%.
7. Octroie au recourant un intérêt moratoire de 5% sur les rentes et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité dès le moment où l'intimée était en retard pour les prestations dues de 24 mois.
8. Renvoie la cause à l'intimée pour le calcul du moment de la demeure et nouvelle décision sur les intérêts moratoires dus.
9. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 3'500.- à titre de participation à ses honoraires d'avocat.
10. Dit que la procédure est gratuite.
11. 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; RS 173.110); 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

La présidente suppléante

Pascale HUGI

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le