RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1413/2020 **ATAS/754/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 13 juillet 2021

2ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à SAINT JULIEN EN GENEVOIS, France, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Manuel MOURO	recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, Division juridique, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE	intimée

Siégeant : Blaise PAGAN, Président; Christine TARRIT-DESHUSSES, Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1960, ressortissant français, au bénéfice d'un certificat d'aptitude professionnelle (CAP) en mécanique, a travaillé à plein temps depuis le 7 septembre 1981 en qualité de chauffeur poids lourds au service d'une entreprise de commerce de détail dans le canton de Genève, d'où il a été licencié le 21 novembre 2011. À ce titre, il était assuré contre le risque d'accident, professionnel ou non, auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la SUVA ou l'intimée).

2. Le 7 janvier 2011, l'assuré a été victime d'une chute, et mis en arrêt de travail total.

3. Dans la déclaration de sinistre du 13 janvier 2011, l'événement a été décrit comme suit : « l'assuré (…) perché sur un échafaudage (2,5 mètres du sol) pour des travaux de sa maison a soudain perdu l'équilibre (car la planche de soutien a bougé) puis [a] chuté en arrière : a perdu connaissance environ ¼ d'heure (…) ».

4. Les premiers soins ont été prodigués à l'Hôpital Intercommunal Sud-Léman Valserine. Un compte-rendu d'hospitalisation établi le 19 mai 2011 indiquait qu'à son arrivée, l'assuré était conscient avec un score de Glasgow à 15. La radiographie du thorax montrait une fracture de l'arc postérieur de la onzième côte gauche, et le scanner cérébral une hyperdensité parenchymateuse spontanée frontale droite de 22 mm sur 16 mm et une hyperdensité lenticulaire temporale droite de 6 mm de diamètre, sans effet de masse.

5. La SUVA a pris en charge le cas.

6. En raison de la persistance de céphalées et de vertiges, une imagerie par résonnance magnétique (ci-après : IRM) a été réalisée le 9 février 2011, laquelle a mis en évidence une contusion hémorragique cortico-sous-corticale fronto-basale antérieure droite intéressant le gyrus rectus droit et associée à une probable atrophie du bulbe olfactif au sein de la gouttière, la présence d'une petite contusion hémorragique parenchymateuse cortico-sous-corticale temporale antéro-latérale droite, ainsi qu'une fine lame d'hématome sous-dural frontale antérieure gauche s'étendant au niveau para-falcoriel et frontal antérieur droit, sans effet de masse sur le parenchyme cérébral. Les conduits auditifs internes et les angles ponto-cérébelleux ne présentaient pas d'anomalie notable.

7. Dans un rapport du 1er avril 2011, la doctoresse B_____, spécialiste FMH en neurologie, a posé le diagnostic de traumatisme cranio-cérébral avec contusion hémorragique frontale et temporale droite. L'assuré présentait des céphalées post-traumatiques, une cupulolithiase post-traumatique, des troubles neuropsychologiques en cours d'évaluation, et une anosmie post-traumatique.

8. Dans un rapport du 13 mai 2011, Madame C_____, psychologue spécialiste en neuropsychologie, a indiqué que l'assuré présentait une tendance à l'héminégligence visuelle, un empan verbal et une mémoire de travail verbale

limite-déficitaire, une mémoire épisodique verbale dans les normes avec une baisse en différé et des interférences, des difficultés d'inhibition et de planification sur le plan exécutif, des troubles attentionnels importants (ralentissement et attention divisée impossible), ainsi qu'une tendance à l'anxiété et à la dépression. L'assuré se plaignait de fatigue, d'énervements et d'agacements fréquents. En définitive, celui-ci présentait des déficits cognitifs importants compatibles avec les lésions cérébrales frontale (droite et gauche) et temporale droite.

9. Le 20 mai 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI).

10. L'IRM cérébrale du 8 décembre 2011 a conclu à des séquelles de contusions hémorragiques intra-parenchymateuses de localisation fronto-basale droite, temporale externe droite et frontale externe droite.

11. Dans un rapport du 21 février 2012, Mme C_____ a fait état d'une péjoration des déficits cognitifs de l'assuré au niveau exécutif, mnésique et attentionnel avec une augmentation du ralentissement.

12. Dans un rapport du 2 mai 2012, le docteur D_____, spécialiste FMH en neurologie et médecin au centre de compétence de médecine des assurances de la SUVA, a retenu un traumatisme cranio-cérébral de gravité moyenne, suivi d'atteintes neuropsychologiques et psychologiques marquées qui persistaient. L'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé. Un séjour hospitalier au sein d'une institution spécialisée en neuro-réhabilitation était indispensable afin de procéder à des investigations multimodales de nature neurologique, neuropsychologique et professionnelle.

13. Du 14 au 29 août 2012, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR), où il a bénéficié de physiothérapie et d'une prise en charge neurologique, neuropsychologique, ophtalmologique, ainsi que sur le plan oto-rhino-laryngologie (ci-après : ORL). Dans leur rapport du 12 septembre 2012, les médecins de la CRR ont retenu un traumatisme cranio-cérébral léger le 7 janvier 2011 en raison de la brièveté de la perte de connaissance et de la présence de contusions unilatérales fronto-temporales droites à prédominance fronto-basale se soldant par une anosmie et un syndrome post-commotionnel.

    Ils ont relevé que les performances de l'assuré étaient globalement sévèrement déficitaires sur les plans mnésique antérograde à long terme, attentionnel et exécutif avec un sévère ralentissement chez un patient ayant des plaintes importantes et une humeur manifestement abaissée. Les performances mesurées ne pouvaient cependant pas être considérées comme valides ni ne reflétaient son réel potentiel cognitif, car le profil de certaines performances était discordant (performance au niveau du hasard à un test de « récognition » en choix multiple, échec à un test de mémoire immédiate visuelle simple, temps de réaction très sévèrement ralenti). De plus, l'évolution des troubles cognitifs était atypique, avec une péjoration objectivée en mai 2011. L'implication de facteurs psychologiques, algiques et

environnementaux était susceptible d'expliquer la dégradation de ce tableau qui n'avait pas pu être amélioré au cours du bref suivi neuropsychologique à la CRR. Actuellement, les difficultés importantes de recrutement des ressources attentionnelles contre-indiquaient la conduite automobile.

Sur le plan psychiatrique, les médecins de la CRR ont posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère, sans syndrome somatique. L'assuré présentait une thymie abaissée, un sentiment d'inutilité et de culpabilité, des ruminations avec idéation suicidaire, une anxiété flottante somatisée, et des perturbations du sommeil. Actuellement, l'assuré était incapable de suivre un traitement de réhabilitation multidisciplinaire. Il disait être fatigué, manquait aux thérapies avec un prétexte de fatigue, présentait une labilité émotionnelle importante, et le 29 août 2012, il exprimait son souhait d'arrêter le séjour. Une prise en charge psychiatrique spécialisée était recommandée. À la sortie, le patient ne présentait aucune idée suicidaire.

L'examen ophtalmologique n'avait révélé aucune pathologie neurologique.

Le bilan otoneurologique n'avait pas mis en évidence de séquelles otoneurologiques. L'acouphène gauche était d'origine post-traumatique, et un traitement d'essai médicamenteux avait été proposé à l'assuré.

En physiothérapie, le traitement (individuel, en groupe, à sec et en piscine) avait comme objectif le maintien des capacités physiques chez un patient avec une surcharge pondérale et se déplaçant de manière autonome, sans moyen auxiliaire. Aucune proposition de poursuite ambulatoire n'avait été formulée.

Sur le plan professionnel, une brève évaluation aux ateliers professionnels avait été planifiée sur des périodes de deux heures mais la présence du patient n'avait pas dépassé une heure : très rapidement, il se plaignait de céphalées et de fatigue. Une évaluation professionnelle analysable et fiable n'avait ainsi pas pu être réalisée. Les lésions radiologiques ne pouvaient pas expliquer la sévérité des plaintes du patient. Des facteurs contextuels et psychologiques limitaient avant tout la reprise du travail. Une reprise de l'activité de chauffeur poids lourds était possible en cas d'amélioration de l'état thymique et après un réentraînement à la conduite. Une incapacité de travail totale a été attestée dans cette activité du 14 août au 1er octobre 2012.

14. Dans un rapport du 23 août 2013, le Dr D_____ s'est écarté du diagnostic de traumatisme cranio-cérébral léger retenu par la CRR, expliquant que les imageries réalisées confirmaient la présence d'une lésion traumatique cérébrale substantielle. Toutefois, la manifestation des différents déficits et leurs conséquences cognitives et neuropsychiatriques variaient considérablement et ne pouvaient pas être appréciées suffisamment sur la base exclusive des lésions structurelles mises en évidence. La diminution globale, massive et inhabituelle de la totalité des modalités neurocognitives de l'assuré n'avait pas uniquement un lien de causalité avec l'accident. Elle devait également être interprétée dans le cadre de l'épisode

dépressif de gravité moyenne. La « pseudo-démence » associée à la dépression était une constatation fréquente. C'était la raison pour laquelle les résultats des tests neuropsychologiques effectués en présence d'un épisode dépressif non stabilisé ne pouvaient pas être validés, car ils ne reflétaient pas le potentiel réel de réhabilitation du sujet concerné. La lésion cérébrale fronto-basale et fronto-temporale droite pouvait entraîner une altération des fonctions exécutives et de celles liées à l'humeur et à la personnalité de l'assuré. La diminution sévère des fonctions neurocognitives évoquée par Mme C_____ dans son rapport du 13 mai 2011 expliquait la péjoration de l'état psychiatrique secondaire et réactionnelle de celui-ci. L'activité habituelle était contre-indiquée tant que son humeur ne s'était pas améliorée et qu'il présentait des déficits neuropsychologiques, en particulier des troubles de l'attention. En revanche, d'un point de vue neurologique et somatique, l'assuré pouvait exercer à plein temps une activité adaptée manuelle de pénibilité moyenne, sans pression temporelle, n'impliquant pas d'exigences élevées en matière de facultés cognitives, et sans responsabilité importante, avec une diminution de rendement de 20 % en raison d'un besoin de pauses vraisemblablement accru. L'aptitude au travail de l'assuré était réduite en ce moment en raison de son état psychiatrique. Une expertise psychiatrique était préconisée.

15. Dans un rapport d'expertise psychiatrique du 22 mai 2015, établi à la demande de l'OAI, les docteurs E_____, médecin interne au département de santé mentale et de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève, et F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin adjoint agrégé audit département, ont posé le diagnostic de syndrome post-commotionnel (F07.2), avec répercussion sur la capacité de travail, et celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0), sans répercussion sur la capacité de travail. La symptomatologie dépressive résiduelle actuelle représentait l'évolution favorable d'une dépression plus sévère qui avait débuté progressivement dans les suites du traumatisme crânien et qui avait limité la capacité de travail de l'assuré à son acmé. Sous réserve d'un avis neurologique, la capacité de travail de celui-ci était jugée nulle dans toute activité en raison d'importants troubles de l'attention et de la concentration, ainsi que d'une tendance à l'irritabilité en relation avec les séquelles neuropsychologiques du traumatisme cranio-cérébral.

16. Par pli du 1er juin 2015, le secrétariat des expertises des HUG a informé l'OAI qu'une nouvelle version du rapport d'expertise psychiatrique lui serait transmise, celle datée du 22 mai dernier, déjà envoyée, devant être légèrement modifiée.

17. Dans leur rapport d'expertise du 5 juin 2015, les Drs E_____ et F_____ ont retenu les mêmes diagnostics et la même conclusion s'agissant de la capacité de travail de l'assuré. Ils ont précisé que l'épisode dépressif avait été sévère de mi- 2011 au début 2014 entraînant à cette époque une incapacité de travail totale. Actuellement, l'épisode dépressif à lui seul n'entravait pas la capacité de travail. Les experts se sont prononcés sur le rapport de la CRR et ont estimé que la

dépression sévère avait probablement aggravé les troubles de la concentration, de la mémoire et les troubles exécutifs de l'assuré résultant de l'accident, mais que ces déficits étaient déjà suffisamment importants pour l'empêcher d'exercer une activité lucrative. Ainsi, qu'il soit atteint ou non d'un état dépressif, sa capacité de travail était nulle.

18. a. Suivant les recommandations de son service médical régional (ci-après : SMR), l'OAI a confié une expertise neurologique au docteur G_____, spécialiste FMH en neurologie, complétée par un bilan neuropsychologique. Ces examens ont été effectués le 19 novembre 2015.

b. Dans un rapport du 1er décembre 2015, Madame H_____, psychologue spécialiste en neuropsychologie, a indiqué que l'examen neuropsychologique mettait en évidence des troubles exécutifs (inhibition, flexibilité mentale), attentionnels et mnésiques sévères, ainsi qu'un ralentissement de sévérité variable, globalement très important dans toute tâche chronométrée, y compris la lecture ou la dénomination continue. Le profil neuropsychologique actuel était globalement superposable à celui de l'examen effectué en août 2012 à la CRR et constituait une péjoration comparativement à l'examen neuropsychologique du 13 mai 2011. Le tableau clinique ne pouvait toutefois pas être retenu comme valide ni ne reflétait le potentiel cognitif réel de l'assuré au vu du profil discordant de certaines performances (performance au niveau du hasard à un test de recognition en choix multiples, temps de réaction sévèrement déficitaire, péjoration de l'apprentissage d'une liste de mots au fil des essais, rappel différé limite mais reconnaissance très altérée, latences en mémoire immédiate). Avec un tel tableau, l'assuré était inapte à la conduite automobile, mais il conduisait encore régulièrement sur de courtes distances selon ses dires.

c. Dans un rapport du 3 décembre 2015, le Dr G_____ a relevé qu'à la suite du traumatisme cranio-cérébral en janvier 2011, l'évolution neuroradiologique avait été favorable, documentée par l'IRM cérébrale du 8 décembre 2011. Ni dans la phase aigüe ni dans le suivi, il n'était décrit de signe de latéralisation. En revanche, sur le plan neuropsychologique, des anomalies étaient établies dans la phase aigüe en avril-mai 2011, l'examen pratiqué ayant mis en évidence des troubles exécutifs avec des difficultés d'inhibition et de planification et des troubles attentionnels importants. Les autres domaines étaient conservés, en particulier le langage, le calcul, les fonctions visuo-constructives et la mémoire. Actuellement, l'assuré décrivait une importante fatigabilité, des céphalées épisodiques, un acouphène et une anosmie. Il estimait avoir besoin d'une sieste d'une à deux heures par jour. En dehors de cela, il ne présentait pas une nette limitation dans sa vie quotidienne, l'assuré étant parfaitement autonome, conduisait, et avait de nombreux contacts sociaux et familiaux. Il était adéquat, non ralenti, ni désinhibé. Le status neurologique détaillé était normal.

Sur le plan neuropsychologique, le Dr G_____ a repris les conclusions de Mme H_____, et évoqué une éventuelle exagération des symptômes. Le bilan

neuropsychologique effectué en avril-mai 2011 par Mme C_____ reflétait au mieux les séquelles de l'assuré ; les troubles attentionnels et les difficultés d'inhibition étaient cohérents avec les lésions cérébrales documentées, toujours visibles sur l'IRM cérébrale pratiquée dans le cadre de la présente expertise, à caractère séquellaire et de topographie basi-frontale et corticole frontale à droite – l'IRM cérébrale du 19 novembre 2015 concluait à une séquelle basi-frontale droite post-traumatique probable d'environ 20 mm, et à une toute petite séquelle corticale frontale droite au vertex, sans séquelle hémorragique.

En définitive, il s'agissait d'un status après traumatisme cranio-cérébral, avec contusions frontales droites responsables de troubles exécutifs, vraisemblablement persistants, sans autre séquelle sur le plan neurologique. Ce tableau était compatible avec une activité professionnelle quelle qu'elle soit à temps plein, avec une diminution de rendement de 20 % due à une fatigabilité nécessitant un besoin de pauses accru. La baisse de rendement tenait compte de la sévérité du traumatisme cranio-cérébral, des lésions séquellaires au plan neuroradiologique et des éléments anamnestiques. L'assuré, non ralenti, était apte à conduire un véhicule automobile du 3ème groupe, mais inapte à conduire au plan professionnel. La situation médicale sur le plan neurologique était stabilisée. Il n'y avait pas de séquelles tardives à anticiper.

19. Dans un rapport du 23 mai 2017, le Dr D_____ a rappelé que l'assuré avait été victime d'un traumatisme cranio-cérébral ayant occasionné des lésions des régions frontale droite et fronto-temporale droite, à l'origine d'atteintes neuropsychologiques modérées à moyennes. La situation était stabilisée. L'assuré était apte à exercer à plein temps une activité adaptée n'impliquant pas d'exigences élevées en matière de facultés cognitives et d'endurance. Les travaux dans le domaine de la mobilité n'entraient pas en ligne de compte (conduite de machines de chantier ou de poids lourds). Les activités de surveillance n'étaient admissibles que dans un cadre très limité et défini préalablement. Les tâches nécessitant un contact avec le public et présentant des exigences importantes quant aux performances attentionnelles devaient également être évitées. Une baisse de rendement de 20 % permettait de tenir compte de manière appropriée des déficits consécutifs aux lésions cérébrales. Le Dr D_____ a fixé à 35 % le taux de l'atteinte à l'intégrité en tenant compte de l'ensemble des aspects neuropsychologiques, neurologiques et psychiatriques.

20. Par décision du 13 avril 2018, l'office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE) a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1er janvier 2012 au 31 mars 2014, puis d'un quart de rente dès le 1er avril 2014. Sur le plan médical – selon l'avis du SMR du 5 janvier 2016 −, une incapacité de travail totale lui a été reconnue du 7 janvier 2011, début du délai d'attente d'un an, jusqu'à janvier 2014, date à compter de laquelle sa capacité de travail était de 80 % dans une activité adaptée. Dès le mois de janvier 2014, le revenu sans invalidité de CHF 84'014.-, comparé au revenu avec invalidité de

CHF 44'969.-, conduisait à un degré d'invalidité de 46,40 %. Des mesures professionnelles n'avaient pas pu être mises en place en raison du taux d'absence de l'assuré.

21. Dans un rapport du 2 juillet 2019, le docteur I_____, spécialiste FMH en ORL, a indiqué que l'assuré présentait une anosmie très vraisemblablement post-traumatique, ainsi qu'une atteinte de la gustation et de la fonction trigéminale. La situation a été considérée comme stabilisée, avec une atteinte olfactive très prononcée à plus de deux ans du traumatisme, sans traitement curatif.

22. Dans un rapport du 29 juillet 2019, la doctoresse J_____, spécialiste FMH en ORL et médecin au sein de la division médecine du travail de la SUVA, a estimé que le trouble olfactif et les acouphènes entraînaient une atteinte à l'intégrité de 20 %, soit 15 % pour l'anosmie post-traumatique et 5 % pour les acouphènes. Il n'existait pas de traitement prometteur à long terme. La capacité de travail de l'assuré n'était pas affectée par ces troubles.

23. Par courrier du 3 octobre 2019, la SUVA a fait savoir à l'assuré qu'elle mettait un terme à la prise en charge des soins médicaux, hormis les contrôles encore nécessaires. Les indemnités journalières lui seraient versées jusqu'au 30 novembre 2019.

24. Dans une note interne du 14 novembre 2019, la SUVA, se référant aux données communiquées par l'ancien employeur le 31 janvier 2019, selon lesquelles le salaire de base de l'assuré se serait élevé à CHF 6'694.61 par mois en 2019, versé treize fois l'an, majoré de CHF 1'400.- (annuel) à titre d'autres allocations soumises à cotisations, a arrêté le revenu sans invalidité de celui-ci à CHF 88'430.-. Quant au revenu avec invalidité, elle l'a fixé à CHF 57'300.-, correspondant au salaire d'un homme travaillant dans une activité de niveau 2, tous secteurs confondus (total) selon le tableau TA1_tirage_skill_level (secteur privé) de l'Enquête Suisse sur la Structure des Salaires (ci-après : ESS) 2016, adapté à l'horaire hebdomadaire normal de travail de la branche économique (41,7 heures), indexé en 2019, et réduit de 20 % pour tenir compte de la perte de rendement, sans abattement supplémentaire. Il en résultait une perte de gain de 35 %.

25. Par décision du 12 décembre 2019, la SUVA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 35 % dès le 1er décembre 2019, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 69'300.- fondée sur un taux de 55 %.

26. Par pli du 28 janvier 2020, l'assuré, sous la plume de son conseil, s'est opposé à cette décision, en faisant valoir que sa capacité de travail était nulle selon le rapport d'expertise du 22 mai 2015. Il a sollicité la mise en œuvre d'une expertise neurologique et neuropsychologique. Selon lui, le revenu de valide, qui devait inclure une prime de fidélité de CHF 1'500.-, devait être porté à CHF 89'930.-. Il a expliqué à cet égard qu'il était prévu qu'il perçoive une prime de fidélité de CHF 7'500.- après trente-cinq ans de travail, les primes de fidélité étant versées tous les cinq ans. Il a contesté le revenu d'invalide qu'il évaluait à CHF 52'904.-. Il a

considéré que, dans la mesure où ses troubles induisaient des difficultés d'apprentissage, de mémoire, d'adaptation, et de concentration, c'était le niveau de compétence 1 des ESS qui devait être retenu, et non le niveau de compétence 2, les tâches spécialisées étant hors de sa portée. Il a allégué avoir collaboré pendant trente-et-un ans auprès du même employeur en qualité de chauffeur et qu'il n'avait pas utilisé ses compétences de mécanicien depuis lors. Il a enfin reproché à la SUVA de ne pas avoir appliqué un abattement sur le salaire statistique, qui devait être réduit de 20 % en raison de son âge (59 ans), de ses années de service, et de ses limitations fonctionnelles (troubles de la mémoire, de la concentration, fatigue et habilité), ajoutant que l'assurance-invalidité avait admis un abattement de 15 % et qu'une « forme de coordination » dans les décisions de la SUVA et de l'OAI paraissait « relever du bon sens ».

27. Par décision sur opposition du 24 mars 2020, la SUVA a partiellement admis l'opposition de l'assuré, en ce sens que son degré d'invalidité a été porté à 39 % à compter du 1er décembre 2019.

    Elle a relevé que le rapport d'expertise du 22 mai 2015 avait été revu par les experts et remplacé par une nouvelle version le 5 juin 2015, laquelle faisait foi. Le rapport du Dr G_____ du 3 décembre 2015 et celui de Mme H_____ du 1er décembre 2015, ainsi que le rapport du Dr D_____ du 23 mai 2017 étaient probants, si bien qu'il ne se justifiait pas d'ordonner une nouvelle expertise neurologique et neuropsychologique. Ainsi, il convenait d'admettre que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 20 %, sans présenter de trouble psychique invalidant, comme l'avait retenu l'OAIE dans sa décision du 13 avril 2018.

    Cela précisé, la SUVA s'est écartée du niveau de compétence 2 et a retenu le niveau de compétence 1, du fait que, quand bien même l'assuré possédait un CAP en mécanique, qui équivalait en termes de connaissances professionnelles et intellectuelles à un brevet fédéral, il n'avait pas exercé le métier de mécanicien depuis plus de trente ans et il ne ressortait pas du dossier qu'il aurait occupé au cours de sa carrière un autre poste que celui de conducteur de poids lourds. Par ailleurs, il fallait également tenir compte des limitations sur le plan cognitif et attentionnel posées par le Dr D_____ dans son rapport du 23 mai 2017.

    Elle a ensuite relevé avoir déjà réduit le revenu d'invalide de 20 % en raison de la fatigabilité accrue de l'assuré qui nécessitait d'effectuer des pauses. Ses problèmes de concentration et ses troubles de la mémoire n'étaient pas incompatibles avec l'exercice à plein temps d'une activité simple et répétitive, d'où le choix d'un niveau de compétence 1. Un abattement pour ces troubles ne se justifiait donc pas. Les activités adaptées envisagées ne requérant ni formation, ni expérience professionnelle spécifique, son âge ne justifiait pas non plus une réduction supplémentaire.

S'agissant du revenu de valide, la SUVA a contesté la prise en compte de la prime de fidélité, au motif que l'assuré ne remplissait pas les conditions d'octroi de ce complément de rémunération. Pour y prétendre, il devait avoir passé le cap de trente-cinq ans de service auprès de son ancien employeur, ce qui n'était pas son cas. En outre, l'assuré aurait bien pu quitter son emploi de manière volontaire ou involontaire avant l'accident, sans avoir effectué ce nombre d'années de service. L'octroi de cette prime n'était donc qu'une simple possibilité théorique.

La SUVA en a tiré la conclusion que le revenu d'invalide de CHF 54'194.- comparé au revenu de valide de CHF 88'430.- laissait subsister une incapacité de gain de 38,71%.

28. Par acte du 19 mai 2020 complété le 6 août suivant, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans), en concluant, sous suite de dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise neurologique et neuropsychologique, et principalement, à l'annulation de cette décision, à la reconnaissance d'une incapacité de gain de 100 % et à l'allocation d'une rente mensuelle de CHF 5'614.60.

Le recourant a allégué que ses problèmes mnésiques, de concentration, d'irritabilité et de lenteur intellectuelle impactaient sa capacité de gain au-delà du simple fait qu'il devait prendre de fréquentes pauses. Réduire ses séquelles à la seule fatigabilité revenait à nier qu'un travailleur, même exerçant une activité de compétence 1, lent à comprendre les instructions qui lui étaient données, qui avait tendance à les oublier, qui était susceptible de s'énerver avec ses collègues et qui était incapable de se concentrer sur son travail, avait un rendement moindre qu'un ouvrier ne présentant pas les mêmes difficultés. Il a relevé que la gravité de ses séquelles accidentelles actuelles avait déjà été mise en évidence dans les rapports médicaux des 1er avril et 13 mai 2011, puis 21 février 2012. C'était ensuite le Dr D_____, mandaté par l'intimée, qui, dans son rapport du 23 août 2013, avait évoqué une prétendue rémission partielle, tout en soulignant que la diminution de rendement était liée à un besoin accru de pauses et à des motifs psychiatriques, sans préciser lesquels. Dans le cadre de l'expertise diligentée par l'OAI, les Drs E_____ et F_____ avaient singulièrement rendu des conclusions divergentes dans deux rapports successifs les 22 mai et 1er juin 2015, en retenant dans leur deuxième rapport la présence d'importants troubles de l'attention et de la concentration, ainsi qu'une tendance à l'irritabilité en relation avec les séquelles neuropsychologiques du traumatisme cranio-cérébral. Il a rappelé que son permis de conduire professionnel lui avait même été retiré en raison de ses séquelles neurologiques. Une expertise s'imposait pour déterminer l'incidence de ses limitations fonctionnelles, qui ne se limitaient pas à la seule fatigabilité, sur sa capacité de travail.

Il a ensuite exposé que la prime de fidélité devait être intégrée dans son revenu sans invalidité, dès lors qu'il n'aurait pas changé d'employeur après vingt-neuf ans de

services loyaux, au vu du revenu particulièrement confortable qu'il percevait en sa qualité de frontalier, et de son âge qui le rendait peu intéressant pour une entreprise concurrente.

Quant à son revenu d'invalide, il a indiqué que l'intimée n'avait appliqué aucun abattement en lien avec son handicap. Celle-ci avait uniquement pris en considération sa fatigabilité accrue par le biais de la diminution de rendement de 20 %. Or, selon le recourant, il paraissait raisonnable de considérer qu'à l'âge de 60 ans, après avoir passé vingt-neuf ans au service du même employeur, puis sept ans sans emploi, il présentait de fortes chances d'être discriminé sur le plan salarial dans un marché équilibré. Il a contesté que le Tribunal fédéral ait fermé à tout jamais la possibilité en matière d'assurance-accidents de retenir un abattement en raison de l'âge ou de l'activité unique exercée pendant une longue durée. Ainsi, son âge et ses autres séquelles (lenteur de compréhension, difficultés de concentration, oubli des consignes, irritabilité) justifiaient une réduction supplémentaire du salaire statistique de 20 %. Il a enfin considéré qu'il était juridiquement insatisfaisant et déraisonnable que l'intimée et l'OAIE, qui avait retenu un abattement de 15 %, parviennent à un degré d'invalidité différent pour la même atteinte à la santé, ajoutant que la décision de l'OAIE avait été déférée au Tribunal administratif fédéral.

29. Dans sa réponse du 5 octobre 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Elle a fait valoir que le recourant n'avait produit aucun rapport médical susceptible de remettre en cause les expertises psychiatrique et neurologique mises en œuvre par l'OAI ou le rapport du Dr D_____ du 23 mai 2017. En particulier, l'appréciation du Dr G_____ et celle du Dr D_____ étaient fondées sur les examens neuropsychologiques de décembre 2015 et de mai 2011 ainsi que sur l'imagerie médicale au dossier. Bien que les Drs E_____ et F_____ aient relevé dans leur rapport du 5 juin 2015 d'importants troubles de l'attention, de la concentration et une tendance à l'irritabilité, ils avaient recommandé un avis neurologique.

La SUVA a ensuite, se référant au rapport de Mme H_____ du 1er décembre 2015, à celui du Dr G_____ du 3 décembre 2015, ainsi qu'à celui du Dr D_____ du 23 mai 2017, exposé que ces spécialistes s'accordaient sur le fait que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses troubles neurologiques et neuropsychologiques, et que, compte tenu de ces troubles, il présentait une diminution de rendement de 20 %. Ainsi, sa baisse de rendement ne se rapportait pas uniquement à sa fatigabilité accrue.

S'agissant des critiques portant sur les revenus de valide et d'invalide, l'intimée a renvoyé aux motifs contenus dans la décision litigieuse.

30. Dans sa réplique du 11 décembre 2020, le recourant a soutenu que l'expertise judiciaire qu'il sollicitait, dont le résultat pourrait être sensiblement différent de celui des médecins rémunérés par les assurances, permettrait de déterminer « par

quels chemins » il pourrait, en dépit de ses troubles, réaliser un revenu de 80 % de son salaire « de valide ». Cette expertise permettrait également de concilier les avis des Drs D_____ et G_____ ; le premier estimait que la perte de rendement se fondait sur les déficits consécutifs aux lésions, alors que, selon le second, elle était exclusivement liée à la fatigabilité accrue à l'exclusion des lésions subies.

En ce qui concernait la diminution de rendement, le recourant a reproché à l'intimée de se contredire. Dans sa dernière écriture, elle exposait que les troubles de la concentration, de la mémoire et l'irritabilité avaient été pris en considération dans la baisse de rendement de 20 %, alors que, dans la décision querellée, elle avait indiqué que ces troubles n'étaient pas incompatibles avec l'exercice d'une activité simple et répétitive à plein temps et qu'il ne se justifiait dès lors pas d'effectuer un abattement à ce titre.

S'agissant du revenu sans invalidité, le recourant a estimé qu'il s'élevait à CHF 89'830.-, relevant qu'il aurait perçu une prime de fidélité de CHF 7'000.- au 6 septembre 2016 et de CHF 8'500.- au 6 septembre 2021, en produisant à l'appui de ses dires, le courriel de son ancien employeur du 22 septembre 2020. Il a ajouté que ce dernier ventilait le paiement de la prime de fidélité sur cinq ans. Ainsi, un montant de « CHF 7'000.- : 12 » devait être inclus dans son revenu annuel.

Quant au revenu avec invalidité, le recourant a répété qu'il convenait de le réduire de 20 %.

31. Le 10 mars 2021, le recourant a informé la chambre de céans du retrait de son recours contre la décision de l'OAIE.

32. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. a. 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 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).

   b. En vertu de l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1). 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 (al. 2).

   En l'occurrence, le recourant, domicilié en France, travaillait avant son accident pour un employeur sis dans le canton de Genève.

c. Partant, la chambre de céans est compétente à raison de la matière et du lieu pour juger du cas d'espèce.

2. À 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.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82*a* LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597; erratum de la Commission de rédaction de l'Assemblée fédérale du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

4. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date (soit le 7 janvier 2011), le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

5. a. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7e jour avant Pâques au 7e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA).

   L'ordonnance du Conseil fédéral du 20 mars 2020 sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le coronavirus (COVID-19 - RS 173.110.4) a étendu la suspension des délais légaux et de ceux fixés par les autorités ou tribunaux qui ne courent pas pendant les jours qui précèdent et qui suivent Pâques ayant eu lieu le dimanche 12 avril 2020, et l'a fixée à la période comprise entre les 21 mars et 19 avril 2020 inclus.

   b. En l'espèce, la décision litigieuse du 24 mars 2020 a été notifiée au recourant le lendemain, lequel a posté son recours le mardi 19 mai 2020, soit le dernier jour du délai de recours. Partant, le recours a été interjeté en temps utile.

   Aussi le recours, qui respecte par ailleurs la forme prévue par loi (art. 61 let. b LPGA), est-il recevable.

6. Compte tenu des conclusions et motifs du recours, le litige porte uniquement sur le degré d'invalidité du recourant, singulièrement sur la capacité de travail de celui-ci.

7. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

   La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle

(ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

8. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident.

S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 1 et 2 LAA).

Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). 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 (art. 19 al. 1, 1ère phrase, LAA).

Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2ème phrase, LAA). Il cesse également s'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, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2). Autrement dit, l'assureur-accidents est tenu d'octroyer une indemnité journalière et de prendre en charge le traitement médical aussi longtemps qu'il y a lieu d'attendre une amélioration notable de l'état de santé. Si une telle amélioration ne peut plus être envisagée, il doit clore le cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4.2).

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). Ni la simple possibilité d'un résultat positif d'un autre traitement médical, ni un progrès thérapeutique seulement insignifiant escompté d'autres mesures thérapeutiques comme une cure thermale ne donnent droit à leur mise en œuvre. Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (p. ex. une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (RAMA 2005 n° U 557 p. 388 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1).

9. a. 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). 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).

b. 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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

c. 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).

d. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant

donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

e. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

11. a. En l'occurrence, l'intimée a clos le dossier au 30 novembre 2019, en considérant que l'état de santé du recourant était stabilisé − ce que ce dernier ne conteste pas en tant que tel −, avec des séquelles définitives sur le plan neurologique et ORL.

    b. Il n'est pas contesté par l'intimée que le recourant ne peut plus exercer son activité habituelle de chauffeur poids lourds en raison de son atteinte à la santé consécutive au traumatisme cranio-cérébral survenu le 7 janvier 2011.

    En ce qui concerne la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, l'intimée, s'appuyant sur le rapport du 23 mai 2017 du Dr D_____ (neurologue), sur celui du 1er décembre 2015 de Mme H_____ (neuropsychologue), ainsi que sur celui du 3 décembre 2015 du Dr G_____ (neurologue), l'évalue à 100 % avec une baisse de rendement de 20 %.

    Le recourant, par contre, se référant au rapport d'expertise psychiatrique du 22 mai 2015 des Drs E_____ et F_____, estime disposer d'une capacité de travail résiduelle nulle.

    Contrairement à l'opinion du recourant, les conclusions prises par les Drs E_____ et F_____ dans leur rapport subséquent du 5 juin 2015, en remplacement du précédent rapport du 22 mai 2015, sont identiques en termes de diagnostics retenus

et du taux de capacité de travail, le second rapport n'apportant que des précisions, par exemple s'agissant de la durée pendant laquelle le recourant avait souffert d'un épisode dépressif sévère impactant sa capacité de travail, soit de mi-2011 au début 2014. Au-delà de cette période (qui précède la date de la clôture du cas au 30 novembre 2019), son trouble dépressif récurrent, qualifié de léger, n'a aucune incidence sur sa capacité de travail selon les Drs E_____ et F_____.

c. Cela étant relevé, le rapport d'expertise psychiatrique ne saurait remettre en cause l'avis des Drs G_____ et D_____ sur le plan neurologique et neuropsychologique. En effet, certes, les Drs E_____ et F_____ ont posé le diagnostic de syndrome post-commotionnel avec effet sur la capacité de travail, qu'ils ont jugée nulle dans toute activité en raison d'importants troubles de l'attention et de la concentration, ainsi que d'une tendance à l'irritabilité en relation avec les séquelles neuropsychologiques résultant du traumatisme cranio-cérébral. Cependant, les Drs E_____ et F_____, en leur qualité de spécialistes en psychiatrie, ont souligné que leur appréciation sur le plan neurologique devait faire l'objet d'une analyse par des neurologues. Partant, les conclusions des Drs E_____ et F_____ sur le plan neurologique ne sauraient l'emporter sur celles – concordantes – des Drs G_____ et D_____, spécialistes en neurologie.

À cet égard, contrairement à ce que semble croire le recourant, selon la jurisprudence, le simple fait que le Dr G_____ ait été mandaté par l'OAI et que le Dr D_____ soit le médecin de l'intimée ne permet pas d'écarter leur appréciation (cf. consid. 9c et 9d ci-dessus). Le simple fait que le Dr D_____ n'ait pas examiné personnellement le recourant n'est pas non plus de nature à discréditer son avis (cf. consid. 9e ci-dessus), puisqu'il a été établi sur la base des appréciations médicales figurant au dossier, qui, elles, se fondent sur un examen personnel du recourant (à savoir les IRM cérébrales des 9 février et 8 décembre 2011 ; le rapport du 13 mai 2011 de Mme C_____, neuropsychologue ; le rapport du 12 septembre 2012 de la CRR ; le rapport d'expertise psychiatrique du 5 juin 2015 ; et le rapport du Dr G_____ du 3 décembre 2015 que le Dr D_____ ne cite pas expressément dans son dernier rapport, mais celui-ci reprend les constatations de son confrère, par exemple lorsqu'il relève que le comportement du recourant avait été adéquat [lors de l'expertise du Dr G_____], sans ralentissement ni indices évocateurs d'une désinhibition [p. 2 du rapport du 23 mai 2017]).

En particulier, le Dr G_____ a rédigé son rapport au terme d'une analyse du dossier, en se penchant sur les radiographies au dossier, ainsi que sur l'imagerie récente effectuée le jour de son expertise le 19 novembre 2015. Il a examiné le recourant et pris en compte ses plaintes.

Sur le plan neurologique, il a relevé que l'évolution neuroradiologique avait été favorable, corroborée par l'IRM cérébrale du 8 décembre 2011 (par rapport au comparatif du 9 février 2011), et que le status neurologique était normal.

Sur le plan neuropsychologique, le Dr G_____ a mentionné que les troubles attentionnels et les difficultés d'inhibition mises en évidence par Mme C_____ en mai 2011 étaient cohérents avec les lésions cérébrales objectivées sur l'IRM réalisée à l'époque, lésions qui étaient toujours visibles sur l'IRM du 19 novembre 2015 et à caractère séquellaire et de topographie basi-frontale et corticole frontale à droite, responsables des troubles exécutifs. Le Dr G_____ a en revanche constaté que le recourant n'était ni ralenti, ni désinhibé – à l'inverse des observations de Mme C_____ en mai 2011. En s'appuyant sur le rapport du 1er décembre 2015 de Mme H_____, neuropsychologue, qui concluait à un tableau clinique atypique en raison du profil discordant de certaines performances, le Dr G_____ a évoqué une exagération des symptômes, étant rappelé que la CRR en 2012 relevait déjà une discordance entre la sévérité des plaintes du recourant et les lésions radiologiques.

Contrairement à ce que fait valoir le recourant, tant le Dr G_____ (dans son rapport du 3 décembre 2015) que le Dr D_____ (dans son rapport du 23 mai 2017) estiment que la perte de rendement de 20 % prend suffisamment en considération les déficits de celui-là consécutifs à ses lésions cérébrales. Le premier souligne que ce taux, fixé par le second dans son rapport du 23 août 2013 pour permettre au recourant de prendre des pauses, tient compte de la sévérité du traumatisme cranio-cérébral, des lésions séquellaires au plan neuroradiologique, ainsi que des éléments anamnestiques.

S'il est vrai que, dans ses rapports des 13 mai 2011 et 21 février 2012, Mme C_____ avait fait état d'importants déficits cognitifs du recourant, ce dernier n'a, dans le cadre de la présente procédure, produit aucun rapport médical propre à rendre caduque l'appréciation du Dr G_____ qui, pour rappel, a étudié le dossier, y compris les radiographies, procédé à l'examen du recourant, et mis en exergue la discordance (depuis le séjour à la CRR en août 2012) entre les plaintes alléguées et les répercussions objectives, avant de conclure que les déficits cognitifs du recourant diminuent sa capacité de travail par une baisse de rendement de 20 %.

Par ailleurs, le recourant, en retirant son recours contre la décision de l'OAIE du 13 avril 2018, fondée sur les conclusions du Dr G_____, admet en fin de compte posséder une capacité de travail totale dans une activité adaptée à son état de santé avec une perte de rendement de 20 %. Le fait que son permis de conduire professionnel lui a été retiré en raison de ses séquelles neurologiques n'est pas pertinent, dès lors qu'il n'est pas contesté que sa capacité de travail est nulle dans son activité habituelle de chauffeur poids lourds.

En définitive, les rapports des Drs G_____ et D_____ des 3 décembre 2015 et 23 mai 2017 répondent aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Par conséquent, il convient de suivre leurs conclusions. Aussi le recourant dispose-t-il d'une capacité de travail entière dans une activité manuelle simple, sans exigences élevées en matière de facultés cognitives et d'endurance, avec une baisse de rendement de 20 %.

d. Au vu de ce qui précède, la mise sur pied d'une expertise judiciaire neurologique et neuropsychologique, sollicitée par le recourant, est, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a), inutile, de sorte que la chambre de céans n'y donnera pas suite.

12. a. Reste à déterminer le degré d'invalidité du recourant.

b. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu 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). En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1 ATF 130 V 343 consid. 3.4).

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

d. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence).

e. Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. Il correspond au revenu effectivement réalisé par l'intéressé pour autant que les rapports de travail apparaissent particulièrement stables, qu'en exerçant l'activité en question celui-ci mette pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible et encore que le gain ainsi obtenu corresponde à son rendement effectif, sans comporter d'éléments de salaire social. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 135 V 297 consid. 5.2; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, 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 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique – médiane – s'applique alors, 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 (cf. 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3). À cet égard, l'ESS 2018 a été publiée le 21 avril 2020; et l'ESS 2016, le 26 octobre 2018 (étant précisé que le tableau T1_tirage_skill_level a été corrigé le 8 novembre 2018).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc), étant toutefois précisé que le Tribunal fédéral a laissée ouverte la question de savoir si, dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, le critère de l'âge constitue un critère d'abattement ou si l'influence de l'âge sur la capacité de gain doit être prise en compte uniquement dans le cadre de la réglementation particulière de l'art. 28 al. 4 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA − RS 832.202; cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_661/2018 du 28 octobre 2019 consid. 3.3.4.2. et 8C_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.2 et les références citées).

Depuis la 10e édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de profession (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau

TA1_skill_level de l'ESS 2012; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (arrêt du Tribunal fédéral 9C_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1 et les références).

f. L'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.15/06 du 21 décembre 2006 consid. 2.2). La notion d'invalidité, définie à l'art. 8 LPGA, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2d ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.853/05 du 28 décembre 2006 consid. 4.1.1). Si le Tribunal fédéral a confirmé le caractère uniforme de la notion d'invalidité dans les différentes branches d'assurance, il a renoncé à la pratique consistant à accorder en principe plus d'importance à l'évaluation effectuée par l'un des assureurs sociaux, indépendamment des instruments dont il dispose pour instruire le cas et de l'usage qu'il en a fait dans un cas concret. Certes, il faut éviter que des assureurs procèdent à des évaluations divergentes dans un même cas. Mais même si un assureur ne peut en aucune manière se contenter de reprendre, sans plus ample examen, le taux d'invalidité fixé par un autre assureur, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Toutefois, il convient de s'écarter d'une telle évaluation lorsqu'elle repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore lorsqu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. À ces motifs de divergence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité. Enfin, un assureur social ne saurait être contraint, par le biais des règles de coordination de l'évaluation de l'invalidité, de répondre de risques qu'il n'assure pas, notamment, pour un assureur-accidents, une invalidité d'origine maladive non-professionnelle (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.406/01 du 28 novembre 2002 consid. 1.2).

13. a. En l’occurrence, pour la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente de l’assurance-accidents (arrêt du

Tribunal fédéral des assurances U.311/02 du 4 février 2003 consid. 4.1). Dès lors que l'état de santé du recourant était stabilisé et que l'OAI n'a pas mis en œuvre des mesures de réadaptation (art. 19 al. 1 LAA), l'intimée était fondée à examiner les conditions du droit à une rente d'invalidité dès le 1er décembre 2019 (cf. consid. 11a ci-dessus). La comparaison des revenus doit donc se faire au regard de cette année-là, comme l'a fait à juste titre l'intimée.

b. S'agissant du revenu annuel sans invalidité que le recourant aurait pu obtenir en 2019 dans son ancienne activité s'il n'avait pas été atteint dans sa santé, selon les données communiquées par l'ancien employeur le 31 janvier 2019, celui-ci aurait touché cette année un revenu annuel de CHF 88'430.- (soit le salaire de base de CHF 6'694.61, versé treize fois l'an, auquel s'ajoutait une allocation annuelle de CHF 1'400.- soumise à cotisations).

On ne peut pas, comme le voudrait le recourant, inclure à ce revenu le 1/5 de la prime de fidélité de CHF 7'000.- (soit CHF 1'400.-) qu'il aurait perçue le 6 septembre 2016, soit à la date anniversaire des trente-cinq ans qu'il aurait accomplis au service de son employeur s'il n'avait pas été licencié. Pour autant que ce montant de CHF 1'400.- soit soumis aux cotisations (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_590/2014 du 18 mars 2015 consid. 5.2.2) – question qui peut demeurer indécise –, il ressort de toute manière du courriel de l'ancien employeur du 22 septembre 2020 que cette prime est versée tous les cinq ans à la date anniversaire du début d'activité du collaborateur. Ainsi, contrairement aux dires du recourant, au moment déterminant en 2019, son employeur ne lui aurait pas versé CHF 1'400.- au titre de la prime de fidélité. Il aurait, d'après le courriel précité, obtenu CHF 7'000.- le 6 septembre 2016 au terme des trente-cinq ans de service, et CHF 8'500.- le 6 septembre 2021 au terme des quarante ans de service. Si la somme de CHF 8'500.- était effectivement répartie sur cinq ans comme l'allègue le recourant, le 31 janvier 2019, l'ancien employeur n'aurait pas manqué de mentionner, à l'attention de l'intimée, que le gain soumis aux cotisations en 2019 aurait inclus un montant de CHF 1'700.- (8'500.- / 5), ce qu'il n'a pas fait.

c. Pour ce qui est du revenu avec invalidité, dès lors que le recourant n'a pas repris d'activité professionnelle, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base des statistiques salariales figurant dans l'ESS.

En ce qui concerne l'année de référence des tableaux statistiques à appliquer, l'ESS 2018 a été publiée le 21 avril 2020; l'ESS 2016, le 26 octobre 2018. Dès lors qu'au moment où la décision litigieuse a été rendue, soit le 24 mars 2020, l'intimée ne disposait pas des données 2018, le salaire avec invalidité doit être déterminé sur la base des données 2016 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3) et être indexé jusqu'à la date de l'ouverture du droit à la rente, soit le 1er décembre 2019 (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2).

À cet égard, les parties ne contestent plus que d'après l'ESS 2016, le revenu statistique tiré d'activités physiques ou manuelles simples s'élève à CHF 5'340.- par

mois (tableau TA1_tirage_skill_level, niveau 1, total, homme, part au 13ème salaire comprise) ou à CHF 64'080.- par année (5'340 × 12). Ce salaire hypothétique se base toutefois sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises. Il convient dès lors de l'ajuster à la durée hebdomadaire normale de travail en 2016 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1), laquelle est de 41,7 heures (tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'OFS), ce qui porte le salaire annuel à CHF 66'803.40 (64'080 × 41,7 / 40).

Après adaptation de ce montant à l'évolution des salaires nominaux pour les hommes en 2019 − année déterminante pour la comparaison des revenus − (+ 0,4 % en 2017 ; + 0,5 % en 2018 ; + 0,9 % en 2019 − et non pas 0,5 % comme retenu à tort par l'intimée − selon la ligne « total » du tableau T1.1.10 publié par l'OFS ; cf. https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/travail-remuneration/salaires-revenus-cout-travail/evolution-salaires.assetdetail.16904716.html), le revenu avec invalidité s'élève à CHF 68'012.61 pour un plein temps (66'803.40 + 267.21 en 2017 = 67'070.61 + 335.35 en 2018 = 67'405.96 + 606.65 en 2019 = 68'012.61), et à CHF 54'410.10 compte tenu de la baisse de rendement de 20 % (68'012.61 - 13'602.522 ; 68'012.61 × 20 % = 13'602.522), et non pas à CHF 54'194.- comme retenu à tort par l'intimée.

d/aa. À ce salaire, il convient encore d'examiner si, comme le souhaiterait le recourant, un abattement de 20 % doit s'appliquer pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles, de son âge et des années de service.

d/bb. Selon la jurisprudence, lorsqu'un assuré est capable de travailler à plein temps mais avec une diminution de rendement, celle-ci est prise en considération dans la fixation de la capacité de travail et il n'y a pas lieu, en sus, d'effectuer un abattement à ce titre (arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et la référence).

En l'espèce, comme il a été exposé plus haut, le recourant est apte à travailler à plein temps dans une activité adaptée à son état de santé, avec une diminution de rendement de 20 %, laquelle, du point de vue médical, tient compte de ces déficits consécutifs aux lésions cérébrales (cf. consid. 11c ci-dessus). Ainsi, contrairement à ce que soutient le recourant, son taux d'activité réduit tient compte de l'impact des limitations fonctionnelles dont il fait état. Aussi ces dernières ne peuvent-elles être retenues une seconde fois lors de la fixation du revenu d'invalide (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_273/2019 du 18 juillet 2019 consid. 6.1).

d/cc. Quoi qu'en dise le recourant (né le _____ 1960), pour autant que le critère de l'âge soit déterminant en assurance-accidents, son âge, soit 59 ans au moment déterminant du droit à la rente le 1er décembre 2019, ne justifie pas un taux d'abattement, dès lors qu'il est encore éloigné de l'âge à partir duquel le Tribunal fédéral reconnaît généralement que ce facteur peut être déterminant et nécessite une approche particulière (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_175/2020 du 22 septembre

2020 consid. 4.2 rendu en matière d'assurance-accidents, qui concerne un assuré âgé − comme en l'espèce − de 59 ans au moment de la naissance du droit à la rente). Du reste, du moment que les activités adaptées envisagées ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique, les effets pénalisants au niveau salarial, induits par l'âge, ne peuvent pas être considérés comme suffisamment établis (arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018, 8C_131/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2 et les références).

d/dd. En ce qui concerne la prise en compte d'un abattement lié aux années de service, elle ne se justifie pas, comme en l'espèce, dans le cadre du choix du niveau de compétence 1 dès l'ESS 2012, 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_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2).

d/ee. Enfin, on ajoutera que l'éloignement du marché du travail ne constitue pas un facteur d'abattement au sens de la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_273/2019 du 18 juillet 2019 consid. 6.3 et la référence).

d/ff. Le critère de la nationalité du recourant (frontalier français) ne justifie pas non plus d'abattement sur le salaire statistique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_855/2014 du 7 août 2015 consid. 5), d'autant qu'il ne l'a pas empêché de trouver un emploi en Suisse et que les salaires statistiques sont établis en fonction de la population résidente aussi bien suisse qu'étrangère (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.640/00 du 16 avril 2002 consid. 4d/bb [résumé in : REAS 2002 p. 308]). De surcroît, en vertu des dispositions de l'Annexe I à l'Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses États membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (Accord sur la libre circulation des personnes, ALCP − RS 0.142.112.681), un ressortissant français a le droit d'exercer une activité économique en Suisse (art. 2 par. 1 annexe I ALCP) et ne peut être, en raison de sa nationalité, traité différemment des travailleurs suisses, notamment en matière de rémunération (art. 9 par. 1 annexe I ALCP). Ainsi, le recourant ne subit pas un désavantage par rapport à un travailleur suisse du fait de sa nationalité française et de sa qualité de frontalier domicilié en France (arrêt du Tribunal fédéral 8C_610/2017 du 3 avril 2018 consid. 4.4).

e. Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée n'a pas appliqué une réduction supplémentaire sur le salaire statistique. En conséquence, l'abattement de 15 % retenu par l'OAIE dans sa décision du 13 avril 2018 ne lie pas l'intimée.

f. En définitive, le revenu d'invalide de CHF 54'410.10, comparé au revenu sans invalidité de CHF 88'430.-, donne un degré d'invalidité de 38,5 % ([88'430 - 54'410.10] / 88'430 × 100), taux légèrement inférieur à celui retenu par l'intimée (38,71 %), mais qui est également arrondi à 39 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2), comme admis par l'intimée.

14. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté.

15. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

    Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

******

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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 — Le président

Sylvie CARDINAUX — Blaise PAGAN

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