



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1827/2019

ATAS/25/2020

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 16 janvier 2020

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à VEYRIER, comparant avec élection recourant
de domicile en l'étude de Maître Emilie CONTI MOREL

contre

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

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente.

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1981, d'origine polonaise, au bénéfice d'un certificat de serrurier, est arrivé à Genève en 2008 et est titulaire d'un permis B. Le 8 février 2011, il a débuté une mission de durée déterminée jusqu'au 11 février 2011, en tant que serrurier/monteur en façade pour le compte de B_____ S.A., société acquise par C_____ (Schweiz) A.G. en novembre 2013 (ci-après l'employeur), et était, à ce titre, assuré auprès de la SUVA, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après l'assureur ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels.
2. Le 9 février 2011, l'assuré a été agressé à son domicile par son colocataire et trois autres personnes.
3. Par rapport du 9 février 2011, le docteur D_____, chef de clinique des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), a diagnostiqué un traumatisme crânien (ci-après TCC) avec perte de connaissance et des contusions multiples sur agression. L'assuré avait été agressé par quatre personnes dans sa chambre; il avait reçu des coups de poing, de matraque télescopique et de taser au niveau de la tête et de tout le corps, avec décharge électrique également au niveau des organes génitaux. Il ne présentait pas de symptômes neurologiques ou ophtalmologiques ; il se plaignait de céphalées et de douleurs multiples au niveau des différentes zones d'agression, avec prédominance au niveau du coude droit et des métacarpes 1 et 2 gauches. L'assuré présentait de multiples lésions longilignes avec ecchymoses et dermabrasions sur tout le corps, tuméfactions diffuses de la face avec plaie du cuir chevelu et de la lèvre inférieure, dents sans problèmes, un hématome à l'oreille gauche, et une tuméfaction du métacarpe droit. A l'imagerie, il n'y avait pas de fractures à la main gauche, ni au coude droit ; au massif facial et cérébral natif, il n'y avait pas de saignement, ni de fracture crânienne, ni de la colonne cervicale haute ; il existait une tuméfaction des tissus mous frontaux à gauche et un épaississement polypoïde des sinus maxillaires.
4. Selon la déclaration de sinistre du 10 février 2011, le salaire horaire de base contractuel était de CHF 27.33, auquel s'ajoutaient CHF 3.50 (indemnités de vacances) et CHF 1.28 (13^{ème} salaire).
5. L'assureur a pris en charge les traitements médicaux et a versé les indemnités journalières en faveur de l'assuré.
6. Du 11 au 12 février 2011, l'assuré a séjourné aux HUG en raison de céphalées post-traumatiques, de vertiges et de nausées depuis l'agression. L'indication à un scanner cérébral n'était pas retenue ; il convenait de prévoir un bilan neuropsychologique.

7. Le 11 février 2011, la clinique dentaire de Genève a fait état d'une fracture coronaire de la dent 21 ; la dent 22 semblait également être touchée.
8. L'imagerie par résonance magnétique (ci-après IRM) du cerveau du 17 février 2011 n'a pas révélé d'effet de masse, ni déplacement de la ligne médiane, ni d'hématome intra-parenchymateux, extra- ni sous-dural, ni de fracture objectivable de la calotte crânienne. Il y avait une tuméfaction modérée des parties molles de localisation temporo-pariétale gauche pouvant être en relation avec le status post-traumatique et de petites formations dans le cadre d'une sinusite (rapport du 17 février 2011 du docteur E_____, spécialiste FMH en radiologie).
9. Selon le contrat de mission daté du 21 février 2011, signé par l'employeur et l'assuré, le salaire horaire de base était de CHF 27.23, auquel s'ajoutait CHF 3.50 (indemnités de vacances), CHF 1.28 (13^{ème} salaire) et CHF 15.- de frais de repas.
10. Un examen clinique oto-rhino-laryngologue (ci-après ORL) a mis en évidence un statut dans les limites de la norme (rapport du 10 mars 2011 du docteur F_____, spécialiste FMH ORL).
11. Le 11 mars 2011, le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a constaté un TCC avec perte de connaissance, un traumatisme facial, un hématome péri-oculaire des deux côtés, surtout à gauche, une douleur pariétale droite et des traumatismes étagés sur tout le corps : hématome important à la hanche droite, traumatismes au pied, à la main et au coude droits, des cervico-dorsalgies, un traumatisme pubien et des parties génitales. Les différentes radiographies et IRM étaient normales. Le bilan neurologique était satisfaisant. Des douleurs persistaient et l'assuré suivait des séances de physiothérapie. Il était en incapacité de travail, avec un traitement antalgique et des anti-inflammatoires.
12. Par rapport du 11 mai 2011, le docteur H_____, spécialiste FMH en urologie, a indiqué qu'il n'y avait pas d'argument en faveur d'une lésion testiculaire ou scrotale post-traumatique. Il était probable que la symptomatologie (gêne scrotale bilatérale avec tendance à la pollakiurie) soit la conséquence d'une prostatite sur dyssynergie vésico-sphinctérienne secondaire au stress. A priori, les lésions étaient dues uniquement à l'accident.
13. Par rapport du 8 juin 2011, le docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un état de stress post-traumatique (ci-après EPST). L'assuré avait fait l'objet d'une tentative de meurtre d'une gravité extrême, vu l'usage d'un taser qui l'avait immobilisé. Il présentait un haut niveau d'anxiété, une hyperactivité de la pensée et la peur de la répétition de l'accident. Tous les critères du stress traumatique étaient remplis. Il existait un problème de régulation de l'humeur associé. L'incapacité de travail était totale.

14. Le 15 juin 2011, l'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement, le docteur J_____, spécialiste FHM en chirurgie orthopédique, lequel a indiqué que l'examen clinique, rassurant, ne mettait pas en évidence de séquelles ostéo-articulaires pouvant être mises en relation de causalité avec l'accident. L'examen neurologique succinct était tout à fait normal. Du point de vue orthopédique, il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité corporelle (rapport du 20 juin 2011).

15. Par rapport du 22 juin 2011, le docteur K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et médecin conseil de l'assureur, a diagnostiqué un EPST (F43.1). L'assuré avait été d'abord paralysé par un taser, puis avait été roué de coups après qu'on lui ait mis un drap sur la tête ; il avait subi des tentatives d'étranglement et avait été menacé d'un couteau. Durant l'agression qui avait duré au total entre 60 et 70 minutes, l'assuré avait perdu connaissance au moins à deux reprises.

L'assuré ne signalait aucun antécédent sur le plan psychiatrique. Après sa scolarité, il avait effectué une formation de serrurier en Pologne. Arrivé à Genève, il avait travaillé dans la construction métallique pour différentes entreprises temporaires. Au moment de l'agression, il suivait des cours pour effectuer un certificat fédéral de capacité (CFC) lui permettant d'obtenir une reconnaissance dans son domaine de spécialité. Il vivait seul et était célibataire.

L'assuré se plaignait notamment du fait que depuis son agression, sa vie avait complètement changé ainsi que sa perception du monde et des gens. Il était devenu nettement plus méfiant, il avait de la peine à rester seul dans la rue et à sortir le soir. De manière très régulière, il avait des images récurrentes de l'accident, autant diurnes que nocturnes, avec des troubles du sommeil.

Au status, l'assuré se montrait ouvert, souriant et particulièrement collaborant. Son discours était clair, cohérent, bien ancré dans la réalité. Même si sa vision du monde avait changé, le médecin ne relevait pas de conception devenue franchement négative du monde. Il était par contre devenu plus critique à l'égard de soi-même, ayant honte, ainsi qu'une estime de soi plus basse. Sur le plan anxieux, il y avait une symptomatologie intrusive déclenchant une importante anxiété et une hyperréactivité neuro-végétative. Il n'y avait pas d'éléments en faveur d'un trouble de la personnalité éventuel.

Selon le Dr K_____, il existait clairement une relation de causalité naturelle entre la symptomatologie de l'ESPT et l'accident. Il convenait de poursuivre un traitement spécialisé à moyen long terme. L'intensité symptomatique restait majeure et importante, justifiant la poursuite d'un arrêt de travail.

16. Par formulaire signé le 21 juillet 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après OAI).

17. Selon un questionnaire daté du 24 octobre 2011, l'employeur a indiqué le salaire horaire tel qu'il ressortait du contrat de mission. L'assuré effectuait six heures par jour, au lieu de huit heures. Etais joint un décompte de salaire de février 2011 faisant état du versement de CHF 169.20 pour six heures de travail.
18. Le 12 décembre 2011, l'assuré s'est trouvé face à l'un de ses agresseurs dans la rue. S'en est suivie une altercation physique et l'assuré s'est réfugié dans un commissariat.
19. Le 29 février 2012, l'assuré a été examiné par le Dr K_____, sans la présence d'un interprète, ce qui était un facteur limitant. A plus d'une année d'une agression particulièrement brutale et violente, l'ESPT persistait, mais son intensité était désormais moyenne. L'assuré vivait seul, avait quelques connaissances, mais ne bénéficiait pas vraiment d'un réseau social suffisant. Le contact avec l'assuré était facile, il se montrait collaborant, malgré les difficultés de compréhension liées à la langue. Ni l'histoire personnelle, ni l'examen objectif ne suggéraient la présence d'un trouble de la personnalité chez l'assuré.

L'ESPT restait source de handicap au niveau du fonctionnement quotidien, avec la persistance d'une anxiété importante et de comportements d'évitement. Une reprise de travail était prématurée, mais elle pourrait se faire dans un délai de deux à trois mois, avec un coaching pour maximiser les chances de réussite (rapport du 1^{er} mars 2012).

20. Par rapport du 27 mai 2012, le Dr I_____ a diagnostiqué un ESPT et un épisode dépressif majeur en rémission. L'assuré, qu'il suivait depuis le 1^{er} mars 2011, avait subi une agression, vécue comme une tentative de meurtre, en situation d'immobilisation prolongée vu l'usage d'un taser. L'évolution avait été globalement favorable, mais l'EPST altérait significativement sa vie quotidienne. Sur le plan des comorbidités, il avait une forte anxiété anticipatrice à l'idée d'une reprise du travail, notamment quant à ses performances professionnelles. Il avait des difficultés interpersonnelles et vivait de manière stressante la séparation d'avec son amie et le manque de soutien familial. La comorbidité dépressive présente à l'automne 2011 s'était amendée.
21. Par rapport du 15 novembre 2012, le Dr I_____ a diagnostiqué un ESPT, un trouble dépressif majeur récurrent léger et un deuil. De mai à août 2012, l'évolution avait été favorable. Suite au décès brutal d'un ami proche, l'état dépressif avait toutefois récidivé. Une reprise du travail à 50% était thérapeutique et souhaitée dès le 1^{er} décembre 2012. La brutalité de l'agression, le relatif isolement social dû au fait que l'assuré ne parlait pas le français et le niveau de fonctionnement post-traumatique pouvaient influencer de manière défavorable le processus de guérison. Quand bien même l'ESPT évoluait favorablement, il y avait d'importantes

comorbidités (trouble dépressif, haut niveau d'anxiété, syndrome douloureux-dorsalgie « d'origine essentiellement psychogène » selon son physiothérapeute).

22. Le 6 décembre 2012, le docteur L_____, médecin-dentiste, a fait état d'une rechute concernant les dents n° 11 et 13.
23. L'assuré a bénéficié de cours de français pris en charge par l'assureur du 28 janvier au 22 février 2013.
24. Le 13 mars 2013, l'assuré a été examiné par le Dr K_____. Par rapport du 20 mars 2013, ce médecin a estimé que l'ESPT était désormais léger, avec une composante persistante d'intrusion, mais surtout le facteur le plus handicapant restait celui de l'émoussement affectif, qui était source d'un handicap significatif lors des relations sociales, mais aussi dans la reconstruction d'un bon fonctionnement psycho-social et professionnel. Le médecin constatait également une plus grande réactivité et anxiété de fond, largement alimentée par la situation de l'assuré, qui restait globalement dans l'incertitude. Il fallait rappeler que l'assuré avait comme aspect central dans son existence, le travail et qu'il était venu à cette fin en Suisse. Il se trouvait actuellement désœuvré, seul, sans encadrement social, avec comme seul point de repère ses thérapeutes. Sur le plan comportemental, l'assuré oscillait entre des phases d'hyperactivisme, recherchant du travail, à d'autres où il retombait dans la passivité, avec des difficultés à s'organiser, se structurer. Le médecin proposait la mise en place d'un stage d'évaluation des capacités professionnelles dans un premier temps, puis une aide à la réinsertion. La capacité de travail était déjà d'au moins 50%, mais il était dommageable d'envoyer l'assuré directement au chômage.

L'assuré était souriant, collaborant et répondait le mieux possible, compte tenu de sa maîtrise du français, aux questions qui lui étaient posées. Le contact était facile. Ni l'histoire personnelle, ni l'examen objectif ne suggéraient la présence d'un trouble de la personnalité chez l'assuré.

L'assuré n'était pas du tout socialement inséré à Genève et sa maîtrise de la langue française restait toujours très partielle. La poursuite du traitement spécialisé était encore indiquée, sur une période d'au moins trois à six mois. Il convenait encore d'attendre environ 6 mois avant de pouvoir considérer réellement cette situation comme étant stabilisée, et donc de pouvoir se déterminer quant à une éventuelle atteinte à l'intégrité.

25. Du 29 avril au 27 octobre 2013, l'assuré a été mis au bénéfice d'un stage d'orientation professionnelle aux Etablissements publics pour l'intégration (ci-après EPI) pris en charge par l'OAI.
26. Selon une note au dossier de l'assureur datée du 14 juin 2013, l'assuré avait changé d'atelier depuis le 1^{er} juin 2013, car malgré ses compétences professionnelles, son ancien chef n'arrivait pas à le gérer dans la gestion du temps et le respect des

consignes. L'assuré avait un réel souci d'intégration et de comportement avec ses autres collègues. Il avait un comportement égoïste et pensait être le seul à l'atelier. Il avait une obsession de la précision, ne respectait pas les consignes, ni le suivi d'un plan.

27. Le 11 septembre 2013, l'OAI a adressé à l'assuré une sommation étant donné qu'il était parti en vacances sans avertir, qu'il ne respectait pas les horaires et ne se conformait pas aux règles de l'entreprise.
28. Selon le bilan de stage auprès de X_____, l'assuré manquait de technique, d'expérience et de rapidité pour le travail de construction. Il ressentait une fatigue importante, des difficultés de concentration et se plaignait de douleurs au dos. Le stage s'était déroulé positivement, sans arrivées tardives, ni problèmes de comportement (note de travail de l'assureur du 16 octobre 2013).
29. Le 29 octobre 2013, l'employeur a adressé le décompte de salaire de février 2011 ainsi que celui de mars 2012 indiquant un paiement supplémentaire de CHF 7.45 suite à un contrôle salarial.
30. Par rapport du 21 novembre 2013, le docteur M_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a fait état de discopathie L5-S1. L'assuré poursuivait les séances de physiothérapie. Il fallait s'attendre à un dommage permanent, sous la forme d'arthrose lombaire.
31. Du 25 novembre 2013 au 2 mars 2014, l'assuré a été mis au bénéfice d'un réentraînement au travail en tant que constructeur métallique, à un taux de 60% avec une augmentation progressive par la suite, accompagné par un coaching de la part des EPI.
32. Le 26 novembre 2013, l'assureur a reçu un rapport du Dr M_____ diagnostiquant une discopathie inflammatoire surtout L5-S1 et une discopathie L4-L5. Il n'y avait pas de troubles neurologiques associés. En raison des douleurs et des déficits musculaires de la colonne lombaire, l'incapacité de travail était totale depuis le 24 novembre 2011 dans l'activité de serrurier.
33. Par courriel du 11 décembre 2013 à l'OAI, les EPI ont effectué un bilan intermédiaire de stage chez N_____. L'assuré était engagé, il n'était pas ponctuel, mais il compensait en fin de matinée ; il ne semblait pas fatigué. Il avait des problèmes d'attitudes (il refusait de porter des charges, même légères, parlait sans arrêt avec les autres collègues et se baladait dans l'atelier malgré le travail) ; il ne respectait pas les consignes (faisait le travail à sa manière).
34. Selon une note de travail de l'OAI du 21 janvier 2014, l'attitude de l'assuré en entreprise avait été jugée comme inadéquate, aux EPI et chez N_____, ce qui avait conduit à l'interruption du stage.

35. Le 30 janvier 2014, les EPI ont indiqué sortir l'assuré de leurs effectifs au 31 décembre 2013, soit avant le terme du mandat. Il présentait des problèmes de savoir-être en entreprise (ponctualité, respect des règles de l'atelier et application des consignes) et une inadéquation de son comportement caractérisée par des conflits relationnels menant à l'interruption de deux stages sur trois. Au niveau des compétences, il pourrait prétendre à un poste de monteur et non de serrurier-constructeur comme l'assuré le prétendait. Il n'avait jamais achevé les tâches confiées dans un délai raisonnable, ni construit correctement des objets simples en copiant un modèle. C'était sa vision surévaluée de son propre niveau de compétences qui l'avait mis dans des situations d'échecs répétés et qui avait induit cette attitude défensive et conflictuelle vis-à-vis des collègues et des responsables. Il pouvait intégrer l'économie ordinaire s'il intégrait un poste simple, peu exigeant techniquement et impliquant de la manutention ou du montage de matériel léger.
36. Par rapport du 12 février 2014, le Dr K_____ a estimé que les conduites de l'assuré étaient essentiellement liées à des aspects caractériels, c'est-à-dire en lien avec sa personnalité particulière (il avait des aspects obsessionnels, parfois excessivement rigides, qui le rendaient peu malléable et parfois même opposant). Il ne s'agissait pas d'une psychopathologie à proprement parler et ce type de conduites négatives nécessitaient un recadrage de la part des personnes en charge du stage.
37. Le 14 mai 2014, l'assuré a été examiné par le Dr K_____. Par rapport du 28 mai 2014, ce médecin a diagnostiqué un ESPT, avec un diagnostic différentiel : modification gênante de la personnalité (F61.1), versus modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0). Il a rappelé que l'assuré avait dans un premier temps été paralysé par un taser, puis il avait subi pendant environ une heure (selon son estimation) toute une série de sévices graves : il avait été roué de coups, on lui avait mis un drap sur la tête, on lui avait fait des tentatives d'étranglement et on l'avait menacé avec un couteau. Il aurait perdu connaissance au moins à deux reprises. Cette altercation était intervenue dans un conflit déjà ancien au sujet de la cohabitation avec son colocataire, fils de la bailleuse. L'assuré avait été évacué en ambulance aux urgences où il avait été brièvement hospitalisé pour un TCC ainsi que des contusions. Hormis les dorsalgies, la problématique qui persistait relevait d'un ESPT.

Les causes mises en avant concernant l'échec de deux stages sur trois étaient les troubles comportementaux de l'assuré. Il y avait également une composante de surestimation de ses propres capacités, mais c'étaient surtout les problèmes de « savoir-être en entreprise » (ponctualité, respect des règles de l'atelier et application des consignes), de même que les conflits relationnels qui semblaient poser problème.

L'assuré se considérait comme étant toujours symptomatique, ne se sentant ni compris, ni reconnu dans sa souffrance ; il jugeait le comportement des tiers comme étant hostiles à son égard ; il considérait que l'agression qu'il avait subie avait eu un profond impact sur lui-même et que désormais il était devenu une personne nettement plus anxieuse et aussi plus réactive.

Le contact avec l'assuré était difficile, avec une personne visiblement sur la défensive, disant d'emblée que le médecin ne pouvait pas le comprendre, autant en lien avec tout ce qu'il avait vécu qu'en lien avec sa mauvaise maîtrise du français.

Le médecin a relevé que si précédemment il avait l'impression d'une absence de trouble de la personnalité, actuellement, il existait des indicateurs de plus en plus importants concernant la présence de particularités dans la personnalité de l'assuré, avec des aspects obsessionnels, une certaine rigidité de pensée et des difficultés dans la relation à autrui liées à de la méfiance et à de la projectivité (nombreux conflits et ruptures).

L'intensité de l'ESPT restait située entre le léger et le moyen, avec la persistance d'une symptomatologie typique comportant des réminiscences, une hyperréactivité neurovégétative et des conduites phobiques principalement au niveau relationnel et interpersonnel. Il était fort probable que cette symptomatologie anxieuse n'évoluera que peu ; il s'agissait d'un état séquellaire.

Il existait également une composante de labilité de l'humeur, en lien avec des difficultés adaptatives, de plus en plus importantes avec une alternance entre une composante de colère et d'agressivité et une humeur dépressive. Il y avait donc des troubles de l'adaptation avec une humeur dépressive prolongée.

S'agissant du comportement particulier de l'assuré (peine à respecter le cadre imposé et une forme de conflictualité dans les relations interpersonnelles), il convenait de déterminer si ce mode de fonctionnement était en lien avec le traumatisme subi ou s'il s'agissait d'un état pré-morbide. La réponse se situait probablement entre les deux, sans que l'on puisse toutefois amener des éléments déterminants clairs à ce sujet.

L'histoire de vie de l'assuré semblait mettre en évidence de nombreuses ruptures, notamment vis-à-vis de sa famille, des difficultés récurrentes à s'intégrer sur le plan professionnel, ou encore à trouver une relation affective stable. Selon le médecin, il existerait ainsi une perturbation du caractère qui précédait l'agression subie en 2011. Par ailleurs, on ne pouvait exclure le fait que l'assuré a été sévèrement traumatisé par l'agression subie, car il avait vécu une agression particulièrement violente et avait été torturé par ses agresseurs durant près d'une heure. Ce contexte d'agression, renforcé par l'ensemble des difficultés secondaires que l'assuré devait désormais affronter, avait fait se développer un fond persécutoire, de méfiance,

avec une certaine rigidité sur le plan comportemental, ainsi qu'un positionnement en tant que victime revendicatrice, ce qui pouvait être mal perçu.

Il existait donc un tableau psychopathologique complexe, qui était loin d'être stabilisé. Il était prématuré de clôturer le dossier.

38. Par rapport du 18 mai 2014 (dont certains passages ont été caviardés), le Dr I_____ a indiqué notamment que l'assuré avait vécu, subjectivement, une réactualisation du trauma pendant le stage (épreuve de force perdue suivie d'une exclusion). En raison de facteurs externes (sensibilisation traumatique aux EPI créant une fixation anxieuse sur la sphère professionnelle) et internes (clivage, dissociation), les améliorations en thérapie ne se généralisaient pas à la sphère professionnelle. Pour instaurer la sécurité, les étapes ultérieures d'augmentation de temps de travail devaient se faire en collaboration avec l'assuré, et non en confrontation. En outre, le « cadrage » devrait se faire une fois la confiance établie, au risque d'activer l'émotion de manière traumatique.
39. Selon un courriel du 17 juin 2014 de l'OAI, il semblait que l'assuré, qui était en mesure d'orientation jusqu'au 3 août 2014, n'avait pas de capacité de travail exploitable dans l'économie. Il pouvait travailler à 50%, mais dans un environnement sans stress.
40. Le 17 juillet 2014, l'assureur a expliqué que l'état de santé psychique de l'assuré ne lui permettait pas de reprendre une activité professionnelle avec les exigences nécessaires (respect des horaires, rendement, efficacité, rapidité, consignes, etc.). L'OAI ne pouvait pas prolonger la mesure d'orientation.
41. Selon une note du 17 novembre 2014 de l'assureur, l'assuré n'allait pas bien car il souhaitait travailler, mais personne ne voulait l'engager.
42. Le 4 décembre 2014, le Dr M_____ a requis du médecin conseil de l'assureur une évaluation des capacités de travail de l'assuré à la Clinique romande de réadaptation en raison des discopathies L4-L5 et L5-S1 et de l'ESPT.
43. Le 10 décembre 2014, le Dr K_____ a proposé la mise en œuvre d'une expertise externe psychiatrique afin de statuer sur l'origine de l'incapacité de l'assuré à se réintégrer. Il suspectait que l'on ne puisse pas tout imputer à l'accident, et qu'il existait chez l'assuré une problématique sous-jacente de troubles de la personnalité, qui avait longtemps caractérisé son (dys)fonctionnement.
44. Par courrier du 17 décembre 2014 au conseil de l'assuré, le Dr I_____ a signalé qu'il s'agissait, vu l'ESPT complexe de l'assuré, d'une des situations les plus délicates qu'il avait eue à traiter au cours de son activité professionnelle. Il était judicieux que l'expert psychiatre ait l'habitude de travailler avec le trouble spécifique d'ESPT.

45. L'assureur a informé l'assuré de la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire, effectuée par le docteur O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et par le Dr P_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.
46. Le 19 juillet 2015, le Dr I_____ a indiqué avoir observé, lors du stage de l'assuré aux EPI (printemps 2013), une péjoration de l'état de santé psychique (symptomatologie narcissique) de l'assuré. A cet égard, il souhaitait que l'expert psychiatre réponde à la question de savoir si le cadre de l'EPI avait pu, du moins en partie, y contribuer.
47. Par arrêt du 19 mars 2015, la chambre pénale d'appel et de révision de la Cour de justice du canton de Genève a confirmé le jugement du Tribunal correctionnel du 3 octobre 2014, reconnaissant les quatre agresseurs coupables d'agression, de lésions corporelles simples aggravées et de contrainte pour les faits commis au préjudice de l'assuré (AARP/171/2015).
48. Par courriel du 1^{er} septembre 2016, le Dr O_____ a indiqué à l'assureur que le cas s'avérait particulièrement compliqué, vu notamment les particularités du style de communication de l'assuré et la manière qu'il avait de structurer ses relations avec autrui.
49. Par rapport du 8 décembre 2016, le Dr P_____ a indiqué que l'agression avait causé un traumatisme crânien avec perte de connaissance, de multiples lésions longilignes avec ecchymoses et dermabrasions sur tout le corps, une tuméfaction diffuse de la face avec plaies au niveau du cuir chevelu et de la lèvre inférieure, une fracture de la dent 21, un hématome de l'oreille gauche, une tuméfaction du métacarpien droit, des contusions et enflures de l'omoplate, le haut du corps, le bas du dos, la cuisse et la cheville droite, sans fracture ou lésion neurologique. Toutes ces lésions avaient guéri dans les semaines après l'agression.

L'assuré se plaignait de douleurs lombo-sacrales, de maux de tête et d'une sensation de fatigue. Les radiographies effectuées à la colonne lombaire le 9 juin 2016 ne révélaient toutefois pas d'anomalie particulière. En conclusion, l'assuré ne présentait pas de séquelles somatiques.

50. Par rapport du 9 décembre 2016, le Dr O_____ a diagnostiqué un trouble de la personnalité narcissique avec composante dyssociale marquée s'exprimant sur un mode passif-agressif (F60.2) antérieur à la grave agression subie le 9 février 2011, et un ESPT (F43.1) manifestation causé par celle-ci. Ce dernier diagnostic était encore une séquelle de l'accident, et on ne pouvait attendre de la poursuite d'un traitement médical une amélioration de l'état de santé. Le trouble de la personnalité, que l'assuré présentait depuis l'enfance ou au plus tard depuis l'adolescence, avait interféré de façon négative avec l'évolution de l'ESPT, lequel était une pathologie

indépendante de la problématique de la personnalité. Dans ce sens, il n'y avait pas eu d'aggravation de l'état antérieur.

La grave agression avait déclenché un trouble anxieux post-traumatique qui avait évolué de façon relativement favorable jusqu'au début des mesures professionnelles au printemps 2013. A partir de cette date, l'évolution avait été compliquée par la problématique de la personnalité. Cela dit, on ne pouvait pas considérer que c'était en raison des troubles pré-existants que l'ESPT n'avait pas guéri. Dans la situation de l'assuré, ni le statu quo ante ni le statu quo sine ne seraient jamais atteints. Les séquelles psychiques de l'agression entraînaient une diminution du rendement de l'ordre de 15% dans l'activité habituelle et une limitation horaire également de 15%, soit une capacité de travail résiduelle de 72% dès le 13 mars 2013, date de l'examen réalisé par le Dr K_____. Les limitations affectaient en même temps la sphère subjective-émotionnelle (élévation du niveau d'anxiété, expériences subjectives douloureuses) et le registre de la communication avec l'environnement social et de la gestion des relations interpersonnelles. Les répercussions étaient : un besoin de récupération légèrement accru, la nécessité d'évoluer dans un environnement professionnel clairement structuré où l'assuré n'aurait pas à effectuer des tâches dépassant le niveau réel de ses compétences professionnelles ; les symptômes anxieux susceptibles de survenir en situation de stress pouvaient nécessiter de courtes pauses et rendre aussi, parfois, nécessaires des vérifications supplémentaires. Les aspects du tableau clinique de l'ESPT correspondaient à un trouble psychique léger à modéré selon la table SUVA 19 qui prévoyait une atteinte à l'intégrité située entre 20 et 35 %. La gravité des troubles en question paraissait plus proche de la définition d'un trouble psychique léger que de celle d'un trouble psychique modéré, de sorte que l'expert retenait un degré de 25%.

S'agissant du trouble de la personnalité, l'expert a indiqué que quand bien même l'assuré s'efforçait activement de minimiser l'importance des difficultés d'adaptation qu'il connaissait selon toute vraisemblance avant la grave agression subie, il avait livré plusieurs vignettes détaillées montrant clairement que l'essentiel des attitudes problématiques qui avaient interféré avec le processus de réadaptation professionnelle avaient constitué de longue date des caractéristiques de sa personnalité que l'on retrouvait de façon manifeste à l'examen. Il avait rencontré de grandes difficultés à s'insérer de façon constructive dans la société. Il avait connu un parcours de vie erratique dans lequel on avait de la peine à distinguer une adhésion à des valeurs allant au-delà de son égocentrisme ; il était, au moment de la grave agression subie, dans une situation de mauvaise insertion sociale et de précarité, il venait aussi de vivre la rupture de la seule relation amoureuse qu'il avait jamais pu maintenir de façon un tant soit peu durable. L'expert avait suffisamment d'éléments à disposition pour considérer que ce trouble avait

commencé dans l'enfance ou l'adolescence. Cette atteinte, qui n'était pas une séquelle de l'accident, n'entraînait pas d'incapacité de travail car il serait problématique d'un point de vue social que ce type de pathologie ouvre le droit à des prestations sociales. La notion d'exigibilité apparaissait comme une sorte de verrou fondé par des considérations tenant de la politique et de la philosophie du droit bien davantage que de la médecine. Ainsi, même si la problématique de la personnalité qui affectait l'assuré interférait gravement avec la qualité de son adaptation sociale, il demeurait « exigible » qu'il fasse d'autres choix que ceux que sa nature le portait à faire, et cela même dans des circonstances rendues plus difficiles compte tenu du trouble anxieux post-traumatique qu'il avait développé suite à la grave agression dont il avait été victime.

Le point le plus saillant de l'observation résidait dans les très importantes difficultés que l'expert avait rencontrées à établir avec l'assuré un rapport de collaboration. Ses communications étaient constamment porteuses d'une hostilité massive mobilisant une contre-attitude négative. Ces difficultés s'exacerbaient avec l'augmentation de son niveau d'anxiété. L'expert discernait une composante clairement instrumentale dans sa grande méfiance qui n'avait rien de désorganisé mais paraissait au service de stratégies visant à défendre autant que possible l'accès aux informations objectives qui permettraient de nuancer l'image de bonne adaptation avant l'agression subie qu'il cherchait à accréditer. La situation de l'assuré frappait par un certain nombre de discordances, tel que le contraste entre le niveau de perturbation annoncé et le fait qu'il puisse répondre du tac au tac, marquer un point sur le mode de la plaisanterie dans un échange qu'il ne cessait de structurer comme un jeu apparaissant investi sur un mode ludique plutôt que défensif. Le type de « communication-brouillard » qu'il produisait paraissait clairement obéir à une logique instrumentale plutôt que procéder de la réactivité émotionnelle. L'expert percevait une dimension de « sinistrose ».

Par ailleurs, il fallait s'attendre à voir les symptômes persister. La situation était stabilisée et un traitement psychothérapeutique de soutien était certainement opportun, mais il ne pouvait être que palliatif pour l'ESPT ; le trouble de la personnalité était particulièrement résistant au traitement. Le pronostic global était donc mitigé.

En conclusion, la complexité du tableau que présentait l'assuré était essentiellement due au trouble de la personnalité qu'il avait déjà avant l'agression et elle ne s'inscrivait pas dans le cadre de la notion de « DESNOS » (Disorder of extreme stress not otherwise specified) telle qu'évoquée par le psychiatre traitant.

51. Le 20 février 2017, l'assureur a transmis au conseil de l'assuré une copie des rapports d'expertise et lui a accordé à un délai pour prendre position.

52. Par courrier du 31 mars 2017, l'assureur a informé l'assuré qu'il mettait fin au paiement des soins médicaux. L'indemnité journalière allait être versée jusqu'au 30 juin 2017. L'assuré avait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après IPAI) et le droit à une rente d'invalidité allait être examiné.
53. Par projet de décision du 15 mai 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui accorder une rente entière d'invalidité du 1^{er} février 2012 au 30 juin 2013. Son degré d'invalidité était de 28 % dès le mois de mars 2013.
54. L'employeur a fait état du salaire qu'aurait reçu l'assuré à compter de 2011 jusqu'en 2017 s'il n'avait pas été victime de l'agression (cf. courriers des 1^{er} mars 2011, 29 octobre 2013, 25 juillet 2014, 18 septembre 2015 et 19 juin 2017).
55. A la demande de l'assureur, qui avait sollicité les fiches de salaires de février 2010 à février 2011, l'assuré lui a transmis les fiches de salaire des mois d'avril et mai 2010 établies par Q_____ S.A., un certificat de salaire établi par Q_____ S.A. pour la période courant du 29 mars au 7 mai 2010, un décompte de salaire établi par R_____ S.A. pour le mois d'août 2010, des décomptes de salaires établis par S_____ S.A. pour les mois de septembre à décembre 2010, une attestation d'impôt à la source établie par S_____ S.A. le 21 janvier 2011 pour la période du 21 septembre au 30 novembre 2011 ; une attestation d'impôt à la source établie le 13 janvier 2012 par l'employeur pour la période du 8 au 11 février 2011 ; des décomptes de salaires et un attestation d'impôt à la source établis par T_____ S.A. pour les mois de juin à septembre 2010.
56. L'extrait de compte individuel (ci-après CI) de l'assuré établi le 24 avril 2018 fait état d'un revenu soumis à cotisations de CHF 45'877.- pour la période d'avril à novembre 2010 et l'année 2011.
57. Selon une note téléphonique du 27 avril 2018, l'assuré a expliqué à l'assureur n'avoir pas travaillé en février-mars 2010, ni en janvier 2011.
58. Le 16 mai 2018, l'assureur a déterminé le gain assuré pour la période du 9 février 2010 au 8 février 2011 en indexant à 2016 le montant de CHF 45'877.- résultant du CI. Il en résultait un montant de CHF 46'741.-.
59. Par décision du 16 mai 2018, l'assureur a mis l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité de 28% dès le 1^{er} juillet 2017, calculée sur la base d'un gain annuel assuré de CHF 46'741.-, soit CHF 872.50 par mois, et d'une IPAI de CHF 31'500.-, correspondant au taux de 25%. Sur la base des constatations médicales, l'assuré était à même d'exercer son activité habituelle de serrurier avec un horaire de travail de 85% et une baisse de rendement de 15% durant les heures de présence. Il en résultait une diminution de la capacité de travail et de gain de l'ordre de 28%.

60. Le 13 juin 2018, l'assuré s'est opposé à cette décision et a contesté l'expertise du Dr O_____.
61. Les 29 juin et 2 juillet 2018, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a complété son opposition. Il contestait le degré d'invalidité de 28%, qui était de 50% au minimum, et le taux de 25% retenu pour l'IPAI, qui était de 35% au minimum. Avant son agression, il avait toujours pu travailler à plein temps et n'avait jamais eu à recourir au soutien d'un psychiatre. A l'époque de son agression, il suivait des cours pour effectuer un CFC suisse lui permettant d'obtenir une reconnaissance dans son domaine d'activité. Il contestait par conséquent souffrir d'un trouble de la personnalité avec composante dyssociale depuis l'enfance ou l'adolescence. Quoiqu'il en soit, cet éventuel trouble ne l'avait pas empêché de travailler. En raison du grave ESPT, il disposait tout au plus d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Enfin, ses séquelles correspondaient à un trouble psychique modéré, et non pas léger comme retenu par l'expert.

L'assuré a transmis :

- un courrier du 5 juin 2018 de Monsieur U_____, administrateur de V_____ S.A., expliquant qu'il avait donné à l'assuré des cours d'initiation/perfectionnement à la soudure ; sa maîtrise de la langue française était lacunaire, mais elle ne péjorait pas l'exécution des exercices demandés au cours desquels l'assuré faisait preuve d'une ambition et d'une persévérance marquées ;
 - un courriel du 1^{er} juillet 2018 du Dr I_____, évaluant la capacité de travail de l'assuré à 50% ; il n'avait pas observé de comportement dyssocial à son cabinet et l'ESPT était un trouble psycho-physiologique modéré à sévère, et chronique ;
62. Le 31 juillet 2018, l'assuré est revenu sur son salaire sans invalidité. Selon un courriel du 21 juin 2018 de C_____ S. A., suite à un contrôle effectué en mars 2011, son salaire de base ne s'élevait pas à CHF 27.33, mais à CHF 28.62 pour sa mission pour le compte de B_____ S.A. L'assuré a joint son contrat de mission du 8 février 2011 ainsi que les décomptes de salaires de février 2011 et de mars 2012, celui-ci faisant état d'un versement supplémentaire de CHF 7.45.
63. Par décision du 26 mars 2019, l'assureur a rejeté l'opposition. Il ne subsistait pas d'atteintes somatiques empêchant l'exercice d'une activité lucrative, ce que l'assuré ne contestait pas. Par contre, l'assuré avait développé un ESPT et l'expert psychiatre avait admis que les séquelles psychiques de l'agression subie le 9 février 2011 avaient pour conséquence une diminution de rendement de 15% dans l'activité habituelle, ainsi qu'une limitation horaire de 15%, soit une capacité résiduelle de travail de 72 % (72.25%). Le courriel du 1^{er} juillet 2018 du

Dr I_____ n'emportait pas la conviction, alors que le rapport du Dr O_____ avait pleine valeur probante. Des aspects caractériels et des particularités dans la conduite de l'assuré avaient déjà été décelés (une relation difficile avec le père ; un différend avec l'encadrement durant l'engagement militaire au Liban ; des conflits au sein de l'exploitation agricole en Argovie et une instabilité professionnelle avec acceptation de mandats temporaires). Le Dr K_____ avait déjà, les 12 février et 10 décembre 2014, suspecté une problématique de troubles de la personnalité. Malgré une collaboration parfois limitée de la part de l'assuré, l'expertise avait été réalisée dans les règles de l'art. Il convenait par conséquent de reconnaître l'existence chez l'assuré d'une perte de gain de 28 % dans la profession de serrurier.

S'agissant du gain annuel assuré de CHF 46'741.-, celui-ci avait été fixé sur la base de l'extrait du CI du 24 avril 2018, lequel mettait en évidence les revenus réalisés en 2010 et en 2011 (CHF 45'877.-). Etant donné que le droit à la rente était né plus de cinq ans après l'accident du 9 février 2011, le montant de CHF 45'877.- avait été indexé en fonction de l'évolution des salaires dans la branche F 41 – 43 construction. Les fiches de salaire produites par l'assuré dans le cadre de son opposition révélaient des montants très variables et inférieurs à CHF 46'741.-, une fois convertis sur une période de douze mois.

Enfin, s'agissant de l'IPAI, l'assuré n'apportait aucun élément, sur le plan médical, propre à reconnaître l'existence d'un trouble psychique modéré.

64. Par acte du 13 mai 2019, l'assuré, non représenté, a interjeté recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à l'audition du Dr I_____ et à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, et principalement, à l'annulation de la décision, à l'octroi d'une rente d'invalidité de 80% dès le 1^{er} juillet 2017 et d'une IPAI de 35%.

L'interprète qui était intervenue durant l'expertise n'était pas qualifiée et n'avait pas traduit ses propos de manière exacte.

Il estimait qu'en raison du grave stress post-traumatique subi, sa capacité de travail résiduelle ne dépassait pas les 20%.

A l'appui de ses conclusions, le recourant a produit un rapport du Dr I_____ daté du 12 mai 2019, diagnostiquant un état de stress post-traumatique (F43.1) et un trouble mixte de la personnalité (F61.0). Après une pause de cinq mois, décidée d'un commun accord, le médecin l'avait revu, de manière urgente, le 9 mai 2019. Objectivement, le recourant présentait une très forte tension en entretien, oscillant entre des états d'hyperactivation et d'hypoactivation. Les symptômes de l'ESPT étaient présents. Le trouble grave de la personnalité s'était pleinement manifesté en séance, principalement les caractéristiques dyssociales et paranoïaques. Le recourant présentait des limitations fonctionnelles en lien avec le trouble de la

personnalité mixte, avec son manque d'habileté professionnelle et avec l'ESPT. S'agissant de ce dernier point, le Dr I_____ a expliqué que lorsque le recourant était sous stress, l'ESPT était sévère (ce stress était principalement en rapport avec sa situation matérielle et ses aptitudes professionnelles, lorsque son sentiment de grandiosité narcissique ne le protégeait pas d'un effondrement) : l'invasion anxieuse, l'hypervigilance, le trouble de la concentration, l'irritabilité, les moments de dissociation péjoraient sa performance et son trouble de la personnalité. S'agissant de la capacité de travail, l'association d'un ESPT à un trouble de la personnalité devait s'envisager comme un tout ; elle était de 20%. On était face à un problème complexe, chronique, avec des manifestations fluctuantes. La conjonction d'un contexte difficile, d'un ESPT (oscillant entre des manifestations légères à sévères), d'un grave trouble de la personnalité (où un soi grandiose entraînait un déni partiel de la réalité) et d'un manque d'habileté professionnelle faisaient que le pronostic était des plus réservés. Pour le Dr I_____, le tableau clinique était le reflet d'une grave psychopathologie.

65. Par réponse du 5 juillet 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a relevé notamment que le recourant n'avait jamais remis en cause les compétences et les qualifications de l'interprète avant la procédure judiciaire, alors que depuis le 20 février 2017, il avait eu la possibilité de se déterminer sur le rapport d'expertise. Le rapport du Dr I_____ du 12 mai 2019 n'était pas de nature à faire douter de la pertinence des constatations de l'expert. Seul le diagnostic d'ESPT était une séquelle de l'accident du 8 février 2011. Or, le Dr I_____ avait estimé l'incapacité de travail du recourant au regard de ce diagnostic, mais également du trouble de la personnalité et du manque d'habileté professionnelle. L'intimée a souligné par ailleurs que l'expert avait pu s'entretenir par téléphone avec le psychiatre traitant, mais le recourant avait refusé que ce dernier communique son dossier à l'expert. Par ailleurs, le recourant n'apportait aucun avis médical justifiant le taux d'atteinte à l'intégrité allégué de 35 %. Enfin, la nécessité de mettre en œuvre une contre-expertise n'était pas justifiée.
66. Le 13 septembre 2019, par l'intermédiaire de son conseil, le recourant a fait valoir que les conclusions de l'expert quant à sa capacité de travail résiduelle étaient surprenantes compte tenu des troubles psychiques décrits dans son rapport. La description des entretiens avec l'expert rendait compte de l'importance des dysfonctionnements. Ceux-ci s'étaient clairement manifestés lors de la tentative de mise en place des mesures professionnelles, avec une surestimation de soi, une difficulté à accepter les consignes et des attitudes conflictuelles. Les relations sociales étaient également dysfonctionnelles. Les dysfonctionnements étaient importants et les diagnostics posés étaient éloquentes. L'expert n'avait pas jugé l'incapacité de travail plus importante sous l'angle de l'AI que sous l'angle de la

LAA, par conséquent, toutes les limitations avaient été mises en lien de causalité avec l'agression du 8 février 2011 et l'ESPT qui s'en était suivi. Le rapport du Dr I_____ était suffisamment motivé pour remettre en question l'évaluation faite par le Dr O_____. Le recourant sollicitait l'audition de ces deux médecins afin de trancher la question de la capacité de travail résiduelle.

67. Le 20 décembre 2019, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise au docteur W_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et leur a envoyé une copie de la mission d'expertise.
68. Le 14 janvier 2020, l'intimée a indiqué qu'elle n'avait pas d'observation sur la mission d'expertise et le recourant a requis l'ajout d'une question complémentaire.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. 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, 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.
4. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, 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 et art. 89C let. a de la loi sur la procédure administrative du

12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

5. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité supérieure à 28 %, à une IPAI d'un degré supérieur à 25 %, ainsi que sur le montant du gain annuel assuré à prendre en compte pour le calcul de la rente.
6. 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. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe

d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

7. a. 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*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). 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 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

b. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas 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*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).
8. a. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et

ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

b. Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 140 V 356 consid. 5.3; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV n° 3 p. 8 et 8C_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n° 23 p. 84; arrêt du Tribunal fédéral 8C_622/2015 du 25 août 2016 consid.3.3). Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue (ATF 115 V 403 consid. 5).

9. a. 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, 1^{ère} phrase, LAA).

b. Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la

capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la

personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de

l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

10. a. Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1^{ère} phrase); elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2^{ème} phrase). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d).

La réglementation prévue à l'art. 24 al. 2 LAA suppose que les conditions d'octroi de chacune des prestations soient réunies au même moment (ATF 113 V 48 consid. 3). Il peut toutefois arriver que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne puisse pas être allouée en même temps que la rente d'invalidité, parce que, au

moment de la fixation de la rente, il n'est pas encore possible de se prononcer avec certitude sur les conditions du droit à l'indemnité (ATF 119 V 131 consid. 3c).

b. Selon l'art. 36 OLAA édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1^{ère} phrase); elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2^{ème} phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique ou mentale, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1^{ère} phrase).

Cette disposition a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 401/06 du 12 janvier 2007 consid. 2.2). Le caractère durable de l'atteinte doit être à tout le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 124 V 29 consid. 4b/cc). Quant au caractère important de l'atteinte, le ch. 1 de l'annexe 3 à l'OLAA précise que les atteintes à l'intégrité qui sont inférieures à 5 % selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Il faut en conclure qu'une atteinte est réputée importante si elle atteint au moins ce pourcentage (Thomas FREI et Juerg P. BLEUER, Évaluation d'atteintes à l'intégrité multiples, in SUVA Medical 2012, p. 202).

Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 p. 415; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2).

c. L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 113 V 218 consid. 2a; RAMA 1988 p. 236) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb).

L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pour cent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte. On procédera de même lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5 % serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires – à l'exception des moyens servant à la vision (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3).

La Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur www.suva.ch). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3; ATF 124 V 209 consid. 4.cc; ATF 116 V 156 consid. 3).

d. Lors de la fixation de l'indemnité, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité (art. 36 al. 4 1^{ère} phrase OLAA). De jurisprudence constante, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_494/2014 du 11 décembre 2014 consid. 6.2; RAMA 1998 n° U 320 p. 602 consid. 3b).

e. Des troubles psychiques consécutifs à un accident ouvrent droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité lorsqu'il est possible de poser de manière indiscutable un pronostic individuel à long terme qui exclut pratiquement pour toute la vie une guérison ou une amélioration (ATF 124 V 209 consid. 2b; ATF 124 V 29 consid. 3). Pour se prononcer sur le caractère durable de l'atteinte à l'intégrité et sur la nécessité de mettre en œuvre une instruction d'ordre psychiatrique, on se fondera sur la pratique applicable à la question de la causalité adéquate en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5).

Conformément à cette jurisprudence et à la doctrine psychiatrique majoritaire, le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité doit être en principe nié en cas d'accident insignifiant ou de peu de gravité, même si l'existence d'un lien de causalité adéquate est exceptionnellement admise. En cas d'accident de gravité moyenne également, le caractère durable de l'atteinte doit, en règle générale, être nié sans qu'il soit nécessaire de mettre en œuvre dans chaque cas une instruction plus approfondie au sujet de la nature et du caractère durable de l'atteinte psychique. Il ne convient de s'écarter de ce principe que dans des cas exceptionnels, à savoir lorsque l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves, pour autant que les pièces du dossier fassent ressortir des indices évidents d'une atteinte particulièrement grave à l'intégrité psychique, qui ne paraît pas devoir se résorber. On doit voir de tels indices dans les circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident et qui servent de critères lors de l'examen de la causalité adéquate (ATF 115 V 133 consid. 6c; ATF 115 V 403 consid. 5c), pour autant qu'ils revêtent une importance et une intensité particulières et qu'en tant que facteurs stressants, ils ont, de manière évidente, favorisé l'installation de troubles durables pour toute la vie. Enfin, en cas d'accidents graves, le caractère durable de l'atteinte à la santé

psychique doit toujours être examiné, au besoin par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, pour autant qu'il n'apparaisse pas déjà évident sur le vu des éléments ressortant du dossier (ATF 124 V 29 consid. 5c; ATF 124 V 209 consid. 4b).

11. 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).
12. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).
13. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

En 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 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; ATF 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).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

14. 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).
15. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61

let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

16. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4).
17. En l'occurrence, l'intimée a retenu, en se fondant sur l'expertise du Dr O _____, qu'en raison de l'agression subie le 9 février 2011, le recourant présente un ESPT entraînant une incapacité de travail de 28 % dans son activité habituelle et une atteinte à l'intégrité de 25 %, ce que le recourant conteste.

Il n'est pas contesté, ni contestable au vu des pièces versées au dossier, que le recourant ne présente plus de séquelles somatiques suite à son agression (cf. rapport d'expertise du Dr P _____ du 8 décembre 2016).

Sur le plan psychique, par rapport du 9 décembre 2016, le Dr O _____ a retenu que l'agression du 9 février 2011 avait causé manifestement un ESPT (F43.1) entraînant une capacité de travail résiduelle de 72% dès le 13 mars 2013. Par ailleurs, le recourant présentait un trouble de la personnalité narcissique avec composante dyssociale marquée s'exprimant sur un mode passif-agressif (F60.2). Cette atteinte,

qui était antérieure à l'agression, avait interféré de façon négative avec l'évolution de l'ESPT. Elle n'était pas une séquelle de l'accident et n'entraînait pas d'incapacité de travail.

L'intimée est d'avis que le rapport d'expertise du Dr O_____ a pleine valeur probante.

A la lecture de l'ensemble des pièces versées à la procédure, la chambre de céans constate cependant que les conclusions du Dr O_____ ne sont pas convaincantes, et ce pour les raisons qui suivent.

S'agissant de l'existence d'un ESPT en lien de causalité naturelle avec l'agression subie le 9 février 2011, l'ensemble des médecins ayant examiné le recourant ont effectivement abouti à ce diagnostic. En revanche, s'agissant du trouble de la personnalité présenté par le recourant, force est de relever que le diagnostic retenu par le Dr O_____, soit un trouble de la personnalité narcissique avec composante dyssociale marquée s'exprimant sur un mode passif-agressif (F60.2), diffère non seulement de celui posé par le Dr K_____, à savoir un diagnostic différentiel : modification gênante de la personnalité (F61.1) versus modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0 ; rapport du 28 mai 2014), mais également de celui retenu par le Dr I_____, soit un trouble mixte de la personnalité (F61.0 ; rapport du 12 mai 2019).

Par ailleurs, l'expert a estimé avoir suffisamment d'éléments à disposition pour considérer que le trouble de la personnalité avait commencé dans l'enfance ou l'adolescence dès lors notamment que le recourant avait eu de grandes difficultés à s'insérer de façon constructive dans la société ; il avait eu un parcours de vie erratique ; au moment de l'agression, il était dans une situation de mauvaise insertion sociale, de précarité, et venait de vivre une rupture amoureuse (rapport d'expertise p. 57). Or, selon le Dr K_____, la réponse à la question de savoir si le mode de fonctionnement du recourant est en lien avec le traumatisme ou s'il s'agit d'un état pré-morbide se situe probablement entre les deux : si l'histoire de vie mettait en évidence de nombreuses ruptures sur le plan familial, professionnel, affectif, l'agression, renforcée par les difficultés secondaires à affronter, avait fait se développer un fond persécutoire, de méfiance, avec une certaine rigidité sur le plan comportemental ainsi qu'un positionnement en tant que victime revendicatrice, ce qui était mal perçu (rapport du 28 mai 2014). Par ailleurs, on peine à comprendre de quelle manière le recourant a pu participer à une opération de maintien de la paix au Liban en 2001, s'il présentait effectivement, comme l'a retenu le Dr O_____, un trouble de la personnalité narcissique avec composante dyssociale marquée s'exprimant sur un mode passif-agressif.

Qui plus est, il apparaît, à la lecture des rapports établis avant la mise en œuvre de l'orientation professionnelle par l'OAI (dès fin avril 2013), qu'aucun trouble de la personnalité n'a été constaté par les psychiatres ayant examiné le recourant, que ce soit le psychiatre traitant ou le Dr K_____. Ce dernier a relevé ainsi à plusieurs reprises que ni l'histoire personnelle, ni l'examen objectif ne suggéraient un tel trouble (rapports des 22 juin 2011, 29 février 2012 et 20 mars 2013). Par ailleurs, il résulte des constats effectués par ce médecin que jusqu'en mars 2013 à tout le moins, le recourant était ouvert, souriant, et particulièrement collaborant, avec un contact facile, un discours clair, cohérent et bien ancré dans la réalité (cf. rapports précités). Par contre, le 14 mai 2014, le Dr K_____ a relevé que le contact avec le recourant était difficile, avec une personne visiblement sur la défensive, disant d'emblée que le médecin ne pouvait pas le comprendre (rapport du 28 mai 2014). Le Dr O_____ a, quant à lui, fait état des très importantes difficultés qu'il a rencontrées à établir avec le recourant un rapport de collaboration ; en particulier, ce dernier paraissait dispersé et désorganisé ; il fallait beaucoup de patience pour travailler avec lui, ses communications étaient constamment porteuses d'une hostilité massive ; il créait un climat de confusion et rompait constamment le fil de l'interaction (rapport d'expertise du 9 décembre 2016).

Vu les contrastes importants existant dans la description du comportement du recourant, tel que constaté par le Dr K_____ jusqu'en mars 2013 d'une part, et celui relevé par la suite par les Drs K_____ et O_____ d'autre part, se pose la question de savoir si le recourant n'a pas présenté, comme l'a diagnostiqué le Dr K_____, une modification de sa personnalité suite à l'agression (rapport du 28 mai 2014). Or, le fait que le Dr O_____ n'ait pas relevé dans son expertise les constatations objectives faites par le Dr K_____ lorsque le recourant était ouvert, souriant et particulièrement collaborant, ne peut qu'interpeller la chambre de céans.

Par ailleurs, selon l'avis du Dr I_____, le trouble de la personnalité présenté par le recourant serait péjoré par l'ESPT (rapport du 12 mai 2019), alors que le Dr O_____ a considéré qu'il n'y avait pas eu d'aggravation du trouble de la personnalité causée par l'agression (rapport d'expertise p. 66), ni une péjoration de ce trouble du fait de l'existence de l'ESPT (rapport d'expertise p. 61).

Enfin, s'agissant de l'appréciation de la capacité de travail du recourant, l'expertise du Dr O_____ ne contient pas suffisamment de développements pour trancher le cas à la lumière des indicateurs applicables aux troubles psychiques. Notamment, elle n'évalue par les ressources personnelles du recourant au regard d'éventuelles limitations des niveaux d'activité dans les domaines comparables de la vie (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.4.1).

Vu les divergences importantes existant entre les avis médicaux précités et l'absence d'expertise remplissant les critères jurisprudentiels, la chambre de céans considère qu'une expertise judiciaire est nécessaire.

L'expertise judiciaire sera confiée au Docteur W_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Chêne-Bourg.

Selon la requête du recourant, une question supplémentaire sera ajoutée à la mission d'expertise (question 2.h.6).

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

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise psychiatrique. La confie au Docteur W_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Chêne-Bourg.
2. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
 - a. Prendre connaissance du dossier de la cause.
 - b. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité M. A_____.
 - c. Examiner M. A_____.
 - d. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:
 - e. Quelle est l'anamnèse ?
 - f. Quels sont les diagnostics ?
 - g. Quelles sont les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic ? Depuis quand sont-elles présentes?
 - h.1 Les atteintes à la santé constatées sont-elles en relation de causalité naturelle avec l'accident du 9 février 2011 ? Plus précisément, le lien de causalité est-il seulement possible (probabilité de moins de 50 % due à l'accident), probable (probabilité de plus de 50 % due à l'accident) ou certain (probabilité de 100 % due à l'accident) ?
 - h.2 Veuillez motiver le lien de causalité naturelle pour chaque diagnostic/limitation fonctionnelle retenus.
 - h.3 A partir de quel moment le statu quo a-t-il été atteint (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident) ?
 - h.4 M. A_____ présentait-il une atteinte à la santé avant l'agression du 9 février 2011?

Si oui, l'agression a-t-elle, au degré de vraisemblance prépondérante, provoqué une aggravation de l'état antérieur? Si oui, s'agit-il, au degré de la vraisemblance prépondérante, d'une aggravation passagère ou durable?

En cas d'aggravation passagère, quand le statu quo ante ou le statu quo sine a-t-il été atteint?

- h.5 Quelles sont les interactions entre les diagnostics posés ?
- h.6 Les difficultés de M. A_____, qui ont été constatées lors des stages professionnels mis en place par l'AI (ponctualité, respect des règles de l'atelier et application des consignes, conflits professionnels), peuvent-elles être mises en lien avec les atteintes à la santé causées par l'agression ?
- i. Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par l'assuré).
- j. Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?
- Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
- k. Existe-t-il un trouble de la personnalité ou une altération des capacités inhérentes à la personnalité ?
- Quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation ? Motiver votre position.
- l. De quelles ressources mobilisables M. A_____ dispose-t-il ?
- m. Quel est le contexte social ? M. A_____ peut-il compter sur le soutien de ses proches ?
- n. Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de M. A_____ à reconnaître sa maladie ?
- o. Dans l'ensemble, le comportement de M. A_____ vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ?

- p.1 Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?
- p.2 M. A_____ a-t-il fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?
- p.3 Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?
- q. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?
- r.1 Quelle est la capacité de travail de M. A_____, en pourcent, dans son activité habituelle, compte tenu des seules atteintes en rapport de causalité (au moins probable – probabilité de plus de 50%) avec l'agression et comment cette capacité de travail a-t-elle évolué depuis l'agression?
- r.2 Si la capacité de travail est seulement partielle, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Depuis quelle date sont-elles présentes?
- r.3 Quelle est la capacité de travail de M. A_____, en pourcent, dans une activité adaptée, compte tenu des seules atteintes en rapport de causalité (au moins probable – probabilité de plus de 50%) avec l'agression ? Depuis quand ? Quel est le domaine d'activité adapté ?
- r.4 Si cette capacité de travail est seulement partielle, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Depuis quelle date sont-elles présentes?
- r.5 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
- s. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution.
- t. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.
- u. Formuler un pronostic global.
- v. L'atteinte à la santé entraîne-t-elle une atteinte à l'intégrité définitive ? Si oui, quel est le degré de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité selon l'annexe 3 de l'OLAA et les tables de la SUVA concernant les atteintes à l'intégrité selon la LAA (<https://www.suva.ch/fr-ch/accident/accident/medecine-des-assurances#uxlibrary-material=4ab122559dc26c42b949ec148704f83a&uxlibrary-material-filter=materialGroup:all>) ?

Une détérioration prévisible de l'intégrité doit être indiquée et prise en compte dans l'estimation.

- w.1 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr O_____ du 9 décembre 2016 ? En particulier avec les diagnostics posés et l'estimation de la capacité de travail de M. A_____ ? Si non, pourquoi ?
 - w.2 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr K_____ du 28 mai 2014 ? En particulier avec les diagnostics posés ?
 - w.3 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr I_____ du 12 mai 2019 ? En particulier avec les diagnostics posés et l'estimation de la capacité de travail de M. A_____ ? Si non, pourquoi ?
 - x. Faire toute remarque utile.
- 3. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans ;
 - 4. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le