

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/235/2011

ATAS/791/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 août 2011

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A _____, domicilié aux Acacias, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Mauro POGGIA

recourant

contre

GENERALI ASSURANCES GENERALES SA, sise avenue
Pertemps 23, 1260 Nyon

intimée

**Siégeant : Doris GALEAZZI-WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et
Norbert HECK, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né en 1959, a créé un salon et une école de coiffure exploités sous la forme d'une société à responsabilité limitée, X_____ Sàrl, dont il est associé-gérant et détient la majorité des parts. Il y a travaillé en tant que coiffeur et directeur salarié. A ce titre, il est assuré contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de GENERALI ASSURANCES GENERALES SA (ci-après l'assurance).
2. Le 25 mai 2008, l'assuré a subi une fracture du poignet lors d'une chute dans sa baignoire.
3. Le même jour, le Dr L_____, médecin à l'Unité de chirurgie de la main des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG), a posé le diagnostic de fracture de l'extrémité distale du radius gauche de type C2 associée à une lésion scapho-lunaire de stade III. Il a pratiqué une arthroscopie du poignet gauche, avec ostéosynthèse du radius distal gauche par plaque dorsale, embrochage de la styloïde cubitale et capsulodèse avec embrochage scapho-lunaire et luno-capital.
4. Dans son rapport du 9 août 2008, le Dr L_____ a posé le diagnostic de fracture du poignet gauche et de la styloïde cubitale et de lésion scapho-lunaire de stade III. Il a indiqué que l'assuré ne se plaignait pas de douleurs et avait débuté un traitement sous forme de physiothérapie, qui durerait probablement quatre à six semaines. L'incapacité de travail était totale depuis l'accident et devrait être réévaluée un mois plus tard, étant précisé que l'état de l'assuré n'était pas stabilisé.
5. Dès le 1^{er} septembre 2009, l'assuré a été en incapacité de travail à 80 % jusqu'au 31 octobre 2009.
6. Dans un nouveau rapport daté du 24 novembre 2008, le Dr L_____ a confirmé son précédent diagnostic et signalé la persistance de douleurs en regard du tunnel carpien. Il a précisé qu'une ablation du matériel d'ostéosynthèse devrait être effectuée.
7. En date du 11 décembre 2008, l'assuré a subi une nouvelle intervention, pratiquée par le Dr M_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, consistant en l'ablation de la plaque de l'extrémité distale du radius gauche, la reprise de la neurolyse du tunnel carpien gauche et du lambeau fascio-graisseux hypothénarien, l'arthrolyse radio-carpienne dorsale et la neurotomie du nerf interosseux postérieur. Dans son compte-rendu opératoire, le Dr M_____ a posé les diagnostics de status post fracture de l'extrémité distale du radius gauche avec déchirure scapho-lunaire et luno-triquétrale gauche, de syndrome du tunnel carpien gauche aigu, de raideur en flexion du poignet gauche et de névrome du nerf médian gauche. A la suite de cette opération, l'assuré a suivi un traitement d'ergothérapie.

8. Dans un certificat du 23 décembre 2008, le Dr L_____ a indiqué que l'assuré se plaignait d'une persistance des douleurs en regard de la cicatrice du tunnel carpien avec une importante limitation de la mobilité en flexion-extension de son poignet gauche à 20°-0°-30°, associée à une prosupination limitée à 80°-0°-60°. Le médecin notait également une diminution de la force avec 10 kg au test de Jamar à gauche, contre 40 kg à droite.
9. Dans son rapport du 30 mars 2009, le Dr M_____ a confirmé ses précédents diagnostics et indiqué que l'assuré était toujours limité en force et dextérité, et présentait encore une dysesthésie de la paume gauche. La force selon le test de Jamar était de 6 kg, et la flexion et l'extension se faisaient à 45°-0°-55°. Le traitement, consistant en séances de physiothérapie et d'ergothérapie, durerait probablement six semaines. Le médecin a précisé que le pronostic était mauvais pour les troubles sensitifs, mais bon pour la force et la dextérité.
10. Dans un rapport du 18 mai 2009, le Dr N_____ a mesuré l'amplitude des mouvements de l'épaule, du coude et du poignet gauche de l'assuré et a conclu que le membre supérieur gauche était *"très déficitaire, en ce qui concerne la limitation extrêmement grande. Et donc une invalidité très importante. 100 % dans sa profession de coiffeur qui sollicite des mouvements de finesse sans aucune limitation"*.
11. L'assuré a subi un examen radiologique en date du 8 septembre 2009, qui a révélé un status après ancienne fracture du poignet gauche au niveau du radius distal et du cubitus, une arthrose débutante avec pincement radio-carpien modéré et image kystique du scaphoïde, une trace de vis toujours visible dans l'extrémité distale du radius et la présence d'une ancre métallique à hauteur du semi-lunaire.
12. Le Dr O_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a confirmé dans son rapport du 13 octobre 2009 les diagnostics de ses confrères et noté une persistance des douleurs au niveau du poignet gauche avec limitation fonctionnelle partielle, sans signe de tunnel carpien ainsi qu'une limitation modérée de l'épaule gauche. L'assuré poursuivait les séances de physiothérapie pour une durée indéterminée et avait repris le travail à 20 % depuis le 1^{er} septembre 2009. Il était trop tôt pour se prononcer sur un dommage permanent, mais le médecin a indiqué que l'assuré était gêné et vite fatigué dans son métier de coiffeur par la limitation de la supination.
13. Dans son rapport du 20 octobre 2009, le Dr N_____ a posé les diagnostics de status post fracture de l'extrémité distale du radius gauche avec déchirure scapho-lunaire et luno-triquétrale gauche, syndrome du tunnel carpien gauche, raideur du poignet gauche, limitation fonctionnelle du poignet et coude gauches. Le traitement consistait en l'administration d'antalgiques et séances de physiothérapie. Le

médecin a précisé que la durée probable du traitement était "définitive" et qu'il était "non terminé, inguérissable".

14. L'assurance a diligenté une expertise, confiée au Dr P_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Celui-ci a rendu son rapport le 11 décembre 2009. Après avoir établi l'anamnèse de l'assuré et analysé son dossier radiologique, l'expert a recensé les plaintes subjectives de l'assuré. Il a relevé que ce dernier travaillait avant son accident à temps complet, à raison de 40 heures par semaine réparties sur cinq jours et comprenant des cours pratiques de coiffure. L'activité administrative représentait une heure de travail par jour. Au mois d'avril 2009, l'assuré avait essayé de reprendre le travail, mais cette tentative s'était soldée par un échec après un jour. Il était présent dans son salon afin d'y surveiller les activités et poursuivait la physiothérapie, sans autre traitement médicamenteux hormis des somnifères en réserve. L'assuré se plaignait d'une diminution de la mobilité du poignet gauche notamment en supination, ce qui entraînait des mouvements de compensation proximaux du membre supérieur gauche, d'une diminution de la force et d'une fatigabilité accrue de la main gauche lors des efforts répétitifs, de douleurs palmaires du poignet gauche survenant après un effort important ou un appui prolongé, d'une diminution de la dextérité de la main gauche avec répercussion négative sur son rendement au travail et sur son équilibre psychologique, mais ne signalait pas de douleur au repos ni lors de la manipulation d'objets légers. Il se sentait totalement inapte à reprendre le travail de coiffeur et n'avait pas envisagé de reconversion professionnelle, s'attendant à obtenir une rente d'invalidité qu'il avait demandée en avril 2009.

L'examen clinique a révélé que les deux mains étaient eutrophiques, sans discoloration, avec peut-être une moiteur légèrement plus prononcée à gauche qu'à droite, sans hypertrichose ou marques de travail particulières. Les cicatrices opératoires étaient parfaitement calmes mais un peu sensibles à la palpation profonde, et le signe de Tinel était négatif au-dessus de toutes ces cicatrices, ainsi qu'au dessus du tunnel carpien. Le signe de Phalen était également négatif. Lors de l'extension du poignet et des doigts longs, le patient présentait une discrète tuméfaction et décrivait des tiraillements douloureux au-dessus de sa cicatrice palmaire du poignet gauche, remontant proximale en amont du pli de flexion palmaire du poignet. La loge de Guyon était indolore, la discrimination sensitive entre deux points était de 4 mm à la pulpe de tous les doigts, le croisement des doigts s'effectuait correctement. Le tonus du 1^{er} interosseux dorsal et de l'abducteur de D5 était bon, le signe de Froment négatif, et la sensibilité sur le dos de la main gauche était conservée. Les mensurations étaient les suivantes: périmètre maximal du bras: 30,5 cm à gauche, 33 cm à droite; périmètre de l'avant-bras: 28 cm des deux côtés; périmètre du poignet: 18,5 cm des deux côtés; périmètre du métacarpe des doigts longs: 23 cm des deux côtés. La force de préhension était de 26 kg à gauche et 32 kg à droite pour la pince digito-palmaire; de 9,5 kg à gauche et 13 kg à droite pour la pince pollici-digitale, la mobilité des poignets de 60-0-50° à gauche

et 75-0-65° à droite en flexion-extension, la déviation radio-cubitale de 20-0-35° à gauche et 20-0-50° à droite, la pronosupination de 75-0-50° à gauche et 75-0-75° à droite. L'assuré signalait des douleurs diffuses du poignet gauche en fin de mouvement dans tous les plans, mais surtout en fin de déviation radiale et en extension ainsi que dans les mouvements de pronosupination. La palpation de l'interligne radio-carpien gauche était sensible, notamment à la face postérieure du semi-lunaire. L'expert ne notait pas de véritable clic à la manœuvre de Watson, mais quelques fins crépitements. La tabatière anatomique était indolore, la radio-cubitale inférieure était stable et également indolore à gauche. Les signes de Reagan et Lindscheid étaient négatifs. La palpation de la styloïde cubitale gauche était sensible, sans signe de ténosynovite ni d'instabilité de l'*extensor carpi ulnaris*.

L'expert a posé les diagnostics d'arthrose post-traumatique radio-carpienne gauche modérée avec diminution d'environ un quart de la mobilité et de la force, douleurs après l'effort et diminution de l'endurance et de la dextérité du membre supérieur gauche; de status après ablation du matériel d'ostéosynthèse, arthrolyse dorsale du poignet et révision du tunnel carpien gauche; de status après fracture intra-articulaire comminutive déplacée de l'épiphyse distale du radius gauche et de fracture de la styloïde cubitale gauche ostéosynthésée en urgence avec embrochage provisoire du carpe et décompression prophylactique du tunnel carpien. Le lien de causalité entre l'accident et les atteintes de l'assuré était hautement vraisemblable, voire certain. Ces atteintes entraînaient une diminution définitive de sa capacité de travail en tant que coiffeur. L'expert a indiqué que la situation semblait stabilisée et que les séquelles étaient définitives, en précisant que l'état de l'assuré persisterait probablement. Le *statu quo ante* ne serait jamais atteint, à l'instar du *statu quo sine*, l'expert ne constatant aucun trouble dénégatif indépendant. Les plaintes du patient concordaient bien avec les constatations objectives, mais leur incidence sur la capacité de travail en tant que directeur d'un salon de coiffure était plus difficile à cerner compte tenu des éléments à disposition. La limitation fonctionnelle post-traumatique était modérée et sa répercussion sur la capacité de travail semblait fortement dépendante du poste dans la pratique. Le seul traitement préconisé par l'expert consistait en des séances de physiothérapie jusqu'à la fin de l'hiver, destinées plutôt à préserver la fonction résiduelle qu'à l'améliorer de façon significative. L'expert considérait que le traitement médical ne permettrait plus d'amélioration sensible de l'état de santé au plus tard deux ans après l'accident. Il suggérait à titre de moyen auxiliaire le port d'un bracelet de soutien en cuir souple confectionné sur mesure, afin d'améliorer quelque peu le confort au travail.

S'agissant de l'invalidité économique, l'expert notait que dans la profession actuelle de directeur d'un salon de coiffure, l'assuré était certainement apte à effectuer toutes les tâches administratives, mais limité par la difficulté à fournir des efforts répétitifs du membre supérieur gauche dans les gestes bimanuels inhérents au métier de coiffeur. Il en résultait une diminution du rendement global estimée à 50 %. Une adaptation du poste de travail était souhaitable, et l'assuré pourrait reprendre au

moins en partie des activités administratives du salon de coiffure actuellement gérées par son épouse, mais l'expert précisait que seule une appréciation sur place par exemple par un inspecteur de sinistres pourrait permettre d'évaluer l'impact de cette adaptation sur le rendement global. L'assuré présentait en revanche une capacité de travail totale dans une activité adaptée ne nécessitant pas d'efforts ou de mouvements répétitifs particuliers de sa main gauche, non dominante, par exemple en tant que vendeur ou représentant en équipements et produits de coiffure, ou dans la surveillance ou le gardiennage.

Quant à l'atteinte à l'intégrité, l'expert, se référant aux tables d'indemnisation établies par la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE-ACCIDENTS, retenait un taux d'atteinte de 10 %, correspondant au haut de la fourchette d'indemnisation en cas d'arthrose radio-carpienne moyenne et tenant compte de l'évolution prévisible et de l'absence d'état antérieur ou indépendant.

15. Par courrier du 21 décembre 2009, l'assuré s'est déterminé sur le rapport d'expertise en soulignant l'importance de ses douleurs et en précisant que la gestion administrative de son école de coiffure était entièrement du ressort de sa femme.
16. Dans son rapport du 11 janvier 2010, le Dr O_____ a indiqué que la flexion et l'extension du poignet gauche étaient de 30°-0°-40°, la limitation de la supination à 50° environ et la mobilité du coude complète. L'épaule gauche présentait une limitation partielle de la mobilité, principalement en élévation antérieure et en rotation interne. Le Dr O_____ jugeait que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans ses activités administratives, mais que sa capacité dans l'activité de coiffeur était de 25 % environ. Il lui semblait prématuré de statuer sur une atteinte à l'intégrité.
17. Sur demande de l'assurance, la caisse cantonale genevoise de compensation lui a remis un extrait du compte individuel par courrier du 27 janvier 2010, sur lequel figurent comme seuls revenus 54'000 fr. en 2007 et 22'500 fr. en 2008.
18. Le 1^{er} février 2010, le Dr Q_____, spécialiste FMH en radiologie, a pratiqué une IRM du poignet gauche de l'assuré. Il a conclu à un status post traumatique et post chirurgical avec de petites zones d'incongruence de la surface articulaire distale du radius et s'accompagnant d'une discrète arthrose radio-carpienne, et à une suspicion de perforation du complexe fibrocartilagineux triangulaire (*triangular fibrocartilage complex* ou TFCC).
19. Par décision du 22 février 2010, l'assurance a mis fin au paiement d'indemnités journalières au 28 février 2010 et nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, tout en retirant l'effet suspensif à une éventuelle opposition. Elle a indiqué que l'OFFICE D'ASSURANCE-INVALIDITE (OAI) avait considéré que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas indiquées, et poursuivait l'instruction du dossier afin de statuer sur le droit à la rente. Se référant aux conclusions de

l'expert retenant une capacité de gain complète dans le secteur de la vente, l'assurance a retenu à titre de revenu d'invalidé le salaire mensuel brut moyen pour les hommes dans les activités simples et répétitives (niveau 4) dans le secteur des services (achat et vente de produits de base et d'équipement) tiré de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2008, TA7, niveau 4), soit 4'903 fr. correspondant à 40 heures hebdomadaires. Indexé selon l'indice suisse des salaires (2.1 % en 2009) et adapté à la durée de travail moyenne de 41.6 heures en 2008, le revenu annuel d'invalidé était de 62'474 fr. 40, et de 53'104 fr. 25 après abattement de 15 % tenant compte des limitations liées à l'âge et au handicap. Le revenu sans invalidité était celui indiqué par la société X_____ Sàrl, soit 54'000 fr. pour 2010. La comparaison des deux revenus donnait un taux d'invalidité de 1.66 %, arrondi à 2 %, ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'assurance l'a fixée à 12'600 fr., soit 10 % du gain maximum assuré, conformément aux indications de l'expert. L'assurance mettait également fin à la prise en charge du traitement médical puisque l'état de l'assuré était stabilisé, en précisant qu'il assumerait cependant le coût du moyen auxiliaire préconisé par l'expert ainsi que les consultations orthopédiques et les séances de physiothérapie jusqu'au 31 mars 2010.

20. Dans un bref rapport du 9 mars 2010, le Dr N_____ a précisé qu'il ne voyait pas "quel autre métier [l'assuré] pourrait exercer, vu que la coiffure est son métier de base".
21. Dans un courrier à l'assuré du 22 mars 2010, le Dr O_____ a répété qu'il considérait que son état de santé n'était actuellement pas stabilisé. Un spécialiste en chirurgie de la main aurait d'ailleurs proposé à l'assuré une correction chirurgicale, à la suite de laquelle une contre-expertise devrait être effectuée. Il a également rappelé qu'il estimait la capacité de travail de l'assuré dans la profession de coiffeur à 20 % au maximum, et qu'il était trop tôt pour se prononcer sur l'atteinte à l'intégrité.
22. Par opposition du 25 mars 2010, l'assuré a conclu à l'annulation de la décision du 22 février 2010, au versement d'indemnités journalières après le 28 février 2010, à la prise en charge du traitement médical après le 31 mars 2010 et à l'octroi de toutes les prestations dues pour l'accident du 25 mai 2008. L'assuré a allégué que son état de santé n'est pas stabilisé, ainsi que le confirmait le Dr O_____, et comme cela ressortait des termes utilisés par l'expert dans son rapport, qui avait indiqué que l'état "semblait" stabilisé et que l'état de santé allait "probablement" persister. L'assuré a relevé que cela impliquait qu'une amélioration sensible pouvait être obtenue grâce à un traitement médical, et que la décision de l'assurance était dès lors prématurée. L'assuré a également sollicité un délai supplémentaire afin de produire de nouveaux rapports médicaux, et requis qu'une nouvelle expertise soit mise en œuvre si l'intervention évoquée par le Dr O_____ était pratiquée.

23. Par courrier du 29 avril 2010, le Dr O _____ a signalé au mandataire de l'assuré que ce dernier ne souhaitait pas être réopéré mais tenait à ce qu'une contre-expertise soit réalisée.
24. Par courrier du 6 mai 2010, l'assuré a sollicité de l'assurance que celle-ci confie une nouvelle expertise au Dr R _____, médecin spécialiste au Centre de chirurgie et thérapie de la main, alléguant que le Dr O _____ qualifiait cette nouvelle expertise d'indispensable dans son courrier du 29 avril 2010.
25. Interpellé par l'assurance sur le point de savoir si l'état de santé de l'assuré était stabilisé, le Dr P _____ a souligné par courrier du 15 juillet 2010 qu'il maintenait ses conclusions sur la capacité de travail de l'assuré dans la profession de coiffeur, les estimations du Dr O _____ à ce sujet n'amenant aucun élément nouveau permettant de remettre en conclusion ses propres estimations. Il a également confirmé que l'état de santé de l'assuré était stabilisé, ce qui était au demeurant corroboré par le fait que celui-ci ne voulait pas être réopéré.
26. En date du 13 décembre 2010, l'assurance a rendu une décision écartant l'opposition et confirmant sa décision du 22 février 2010. Elle a retiré l'effet suspensif à un éventuel recours. L'assurance a repris les considérants de sa décision du 22 février 2010, en soulignant que l'expertise du Dr P _____ devait se voir reconnaître une pleine valeur probante et qu'une seconde expertise était ainsi superflue.
27. L'assuré (ci-après le recourant) a interjeté recours auprès de la Cour de céans contre la décision de l'assurance (ci-après l'intimée) par écriture du 26 janvier 2011. Il conclut, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision attaquée, au renvoi de la cause à l'intimée pour qu'elle procède à une enquête sur son invalidité économique dans l'activité de coiffeur, et au versement d'indemnités journalières dans l'attente d'une nouvelle décision.

Il allègue que les Drs P _____ et N _____ ont retenu une incapacité de travail totale dans la profession de coiffeur, que le Dr O _____ a quant à lui estimée à 25 %. Il ajoute que depuis son accident, trois de ses employés ont augmenté leur taux d'activité de 20 % chacun afin de suppléer son incapacité à poursuivre son activité de coiffeur, ce qui démontre que celle-ci représentait 60 % de son activité, les 40 % représentant une activité administrative, et a produit une attestation des salaires 2009 avec une mention manuscrite de l'augmentation des taux d'occupation de trois collaborateurs. Il a déclaré ne pas contester le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il relève que l'OAI a, dans son projet de décision, retenu une incapacité de travail totale dans l'activité de coiffure, correspondant à 60 % de son activité dans son salon. L'assuré indique qu'il est âgé de 52 ans et n'a pas d'autre formation que celle de coiffeur, qu'il exploite un salon depuis 1992 et que ses activités administratives ne peuvent dépasser 40 %. Il allègue que l'invalidité aurait dû être évaluée selon la méthode pour indépendants

consistant à évaluer l'incapacité de travail dans chaque champ d'activité. Il conteste l'évaluation du Dr P _____ de son incapacité de travail totale de 50 % et considère qu'il ne pourrait exercer une autre activité en raison de son âge et de son absence de formation professionnelle, et qu'on ne peut exiger qu'il abandonne son activité de directeur d'un salon de coiffure, dans laquelle il présente une incapacité de travail donnant droit à une rente d'invalidité de 60 %.

28. Dans son écriture du 10 février 2011, l'intimée a conclu au rejet de la requête de restitution de l'effet suspensif. Elle allègue que son intérêt à l'exécution immédiate de la décision querellée est supérieur à celui du recourant à continuer de bénéficier d'indemnités journalières, compte tenu du risque que celles-ci ne puissent être remboursées en cas de rejet du recours.
29. Le 19 janvier 2011, l'OFFICE D'ASSURANCE-INVALIDITE (OAI) a adressé un projet de décision au recourant, lui octroyant une demi-rente d'invalidité du 1^{er} octobre au 31 novembre 2009. L'OAI a déterminé le degré d'invalidité du recourant par la méthode extraordinaire, en se référant aux salaires statistiques. Il a retenu une incapacité totale de travail dans la coiffure, activité représentant 60 % du temps de travail du recourant, et a abouti à un revenu sans invalidité de 58'805 fr. et un salaire annuel de 30'874 fr. dans son activité habituelle après l'atteinte à la santé, soit un taux d'invalidité de 53 %. La capacité de travail étant cependant totale dans une activité adaptée selon le SMR, l'OAI a retenu un revenu avec invalidité de 53'103 fr. dans une activité adaptée, correspondant au salaire statistique tiré de l'Enquête suisse des salaires 2008 (activité simple et répétitive, tableau 7, domaine d'activité 26, niveau 4) après déduction d'un abattement de 15 %, conduisant à une perte de gain de 892 fr. par rapport au revenu sans invalidité de 54'000 fr. en 2008, soit un taux d'invalidité de 2 %.
30. Par arrêt incident du 16 février 2011 (ATAS/155/2011), la Cour de céans a rejeté la requête de restitution de l'effet suspensif, retenant que les chances de succès du recourant sur le fond du litige n'apparaissaient pas telles qu'elles l'emporteraient sur l'intérêt de l'intimée à l'exécution immédiate de sa décision de mettre fin aux prestations.
31. L'intimée a complété sa réponse par acte du 2 mars 2011 et conclu au rejet du recours. Elle allègue que le droit à la rente n'existe qu'en cas de diminution de la capacité de gain, et que l'expert a considéré que le recourant disposait d'une capacité de gain entière dans une activité adaptée, appréciation partagée par le SMR. Une telle activité est exigible du recourant, qui a le devoir de diminuer le dommage. L'intimée relève que le calcul de l'invalidité par comparaison des revenus auquel elle a procédé est conforme à la jurisprudence, et est d'ailleurs identique à celui qu'a opéré l'OAI dans son projet de décision du 19 janvier 2011.

32. Par courrier du 25 mars 2011, le recourant a requis l'audition d'un collaborateur de l'OFFICE FEDERAL DE LA STATISTIQUE afin d'amener des précisions sur l'ESS. Il a contesté la neutralité de l'expertise du Dr P_____, dont il affirme que son activité consiste à fournir des expertises pour les assurances. Il a en outre allégué que le contraindre à changer d'activité professionnelle constitue une atteinte à sa liberté personnelle et à sa dignité, et l'amènerait à émarger à l'assistance publique.
33. Une audience s'est tenue devant la Cour de céans en date du 21 juin 2011.

A cette occasion, l'intimée a déclaré que le montant retenu par ses soins à titre de revenu sans invalidité, soit 4'500 fr. sans invalidité, se fondait sur les annotations manuscrites du recourant en réponse à son courrier du 20 octobre 2009. Elle avait calculé le degré d'invalidité selon la méthode ordinaire, à l'instar de l'OAI, car l'assuré était salarié de sa société et qu'une activité adaptée était possible à 100 % selon l'expertise du Dr P_____.

Le recourant a pour sa part produit les attestations de salaires annuels 2005 à 2008 pour les employés de sa société, dont il ressort qu'il percevait un salaire annuel de 54'000 fr. avant son atteinte à la santé. Il a déclaré que s'il ne contestait pas disposer d'une totale capacité de travail dans une activité administrative, il n'avait pas consacré 40 % de son temps aux tâches administratives, dont son épouse avait la charge, et aux activités de surveillance. S'agissant des apprentis de l'école, il était nécessaire de faire des démonstrations des gestes techniques et il ne leur dispensait pas de cours purement théoriques, lesquels étaient enseignés par des tiers. Ses employés n'accomplissaient pas de tâches administratives qu'il aurait pu leur reprendre, et son épouse ne disposait pas d'une formation de coiffeuse, de sorte qu'il ne pouvait pas non plus réorganiser son travail. En tant que directeur pédagogique de l'école, sa présence était obligatoire en raison de l'utilisation de produits cosmétiques dangereux. L'école devrait fermer s'il n'était plus directeur, et il n'aurait aucun avantage à engager un directeur à sa place dans la mesure où il devrait le rémunérer. Il a ajouté qu'il avait contesté le projet de décision de l'OAI, qui avait suspendu la procédure jusqu'à droit jugé dans la présente cause. S'agissant de sa demande d'audition d'un collaborateur de l'OFS, il a précisé qu'il souhaitait déterminer comment il arrivait à un salaire moyen suisse de 4'500 fr. par mois pour une personne sans aucune qualification pour des tâches répétitives, alors que selon la convention collective concernant les métiers de la coiffure, le salaire brut minimum d'une personne titulaire d'un CFC de coiffure est de 3'400 fr. et celui d'une personne possédant la maîtrise fédérale est de 4'000 fr.

A l'issue de l'audience, la Cour de céans a ordonné l'apport du dossier de l'OAI et réservé la suite de la procédure.

34. Par pli du même jour, la Cour de céans a requis du recourant la production des comptes d'exploitation et des bilans de sa société.
35. A la même date, la Cour de céans a adressé un courrier à la CAISSE CANTONALE GENEVOISE DE COMPENSATION afin que celle-ci explique pour quels motifs les revenus déclarés par le recourant ne figuraient pas dans l'extrait de compte du 27 janvier 2010. Celle-ci a fourni un extrait de compte corrigé, dont il ressort que les salaires annuels réalisés par le recourant étaient de 54'000 fr. de 2002 à 2007.
36. Par pli du 28 juin 2011, le recourant a produit les pièces requises. Il en ressort que sa société a généré un bénéfice de 30'361 fr. 85 en 2005 et 6'851 fr. en 2006. Par la suite, la société a connu des pertes de 747 fr. 76 en 2007, de 504 fr. 16 en 2008, de 390 fr. 68 en 2009 et de 48'449 fr. 83 en 2010.
37. Le 27 juin 2011, l'OAI a communiqué le dossier du recourant. Il en ressort que l'OAI, dans son enquête économique du 3 juin 2010, a procédé à l'évaluation de l'invalidité par comparaison des champs d'activité. Tenant compte d'une activité consacrée à 60 % à la coiffure (correspondant à un revenu mensuel de 4'288 fr. selon l'ESS, TA 7, ch. 34, niveau 3), de 25 % aux tâches de direction (correspondant à un revenu mensuel de 5'903 fr. selon l'ESS, TA 7, ch. 23, niveau 4) et de 15 % aux tâches de surveillance (correspondant à un revenu mensuel de 5'679 fr. selon l'ESS, TA 7, ch. 32, niveau 4), il en résultait un revenu hypothétique sans invalidité de 58'805 fr. Compte tenu d'une incapacité de travail totale dans la coiffure, le revenu d'invalidé avant réorganisation était de 30'874 fr., ce qui aboutissait à un taux d'invalidité de 53 %. L'OAI a considéré qu'on pouvait exiger du recourant que celui-ci consacre 20 % de plus aux activités de direction et d'administration, ce qui porterait le revenu d'invalidé à 41'964 fr. Le taux d'invalidité après réorganisation était ainsi de 29 %.
38. Les parties ont été informées de l'apport de la cause par pli du 1^{er} juillet 2011.
39. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le

Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

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 loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (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 345, consid. 3).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56 ss LPGA), le recours est recevable.
4. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge de son traitement médical après le 31 mars 2010 et son droit à des indemnités journalières, ainsi que sur son taux d'invalidité.

Le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité n'est en revanche pas litigieux et ne sera par conséquent pas examiné dans la présente procédure.

5. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA). La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335, consid. 1) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 8C_268/2008 du 16 février 2009, consid. 2.3).

Les prestations de l'assurance-accidents comprennent notamment le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), les moyens auxiliaires destinés à compenser un dommage corporel ou la perte d'une fonction (art. 11 al. 1 LAA), des indemnités journalières en cas d'incapacité de travail (art. 16 al. 1 LAA), ainsi qu'une rente lorsque l'assuré est invalide à au moins 10 % à la suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA).

6. Le droit au traitement médical existe aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (art. 19 al. 1 LAA *a contrario*; ATF U 391/00 du 9 mai 2001, consid. 2a; ATF 116 V 41, consid. 2c). La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par "une sensible amélioration de l'état de

l'assuré". Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se déterminera notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme "sensible" par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109, consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minimale que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (ATF U 244/04 du 20 mai 2005, consid. 2).

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

La notion d'incapacité de travail est la même dans toutes les branches des assurances sociales: une personne est considérée comme incapable de travailler lorsque, pour cause d'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, elle ne peut plus exercer son activité habituelle ou ne peut l'exercer que d'une manière limitée ou encore seulement avec le risque d'aggraver son état. Elle s'apprécie en principe sur la base de données médicales et en fonction de la profession exercée jusque-là par l'assuré. Toutefois, en cas d'incapacité durable dans l'ancienne profession, l'assuré est tenu, en vertu de son devoir de diminuer le dommage, d'utiliser dans un autre secteur sa capacité fonctionnelle résiduelle (FRESARD / MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoires, SBVR, 2^{ème} éd., n. 152 p. 895).

8. Selon l'art. 18 al. 1^{er} LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité.

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

Selon l'art. 19 al. 3 LAA, le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur la naissance du droit aux rentes lorsque l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, mais que la décision de l'assurance-invalidité quant à la réadaptation professionnelle intervient plus tard. Le Conseil fédéral a fait usage de cette délégation législative à l'art. 30 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA ; RS 832.202), dont l'alinéa premier prévoit que lorsqu'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement

médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, mais que la décision de l'AI concernant la réadaptation professionnelle n'interviendra que plus tard, une rente sera provisoirement allouée dès la fin du traitement médical; cette rente est calculée sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment-là. Le droit s'éteint dès la naissance du droit à une indemnité journalière de l'AI (let. a); avec la décision négative de l'AI concernant la réadaptation professionnelle (let. b); avec la fixation de la rente définitive (let. c). La rente transitoire doit être fixée en fonction d'une comparaison des revenus qui prenne en considération l'activité qui peut raisonnablement être exigée de la part d'un assuré non encore réadapté, compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (ATF 129 V 283, consid. 4.3).

9. Il sied de préciser que la notion d'invalidité définie à l'art. 8 LPGA, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité (ATF I 853/05 du 28 décembre 2006, consid. 4.1.1; ATF 126 V 288, consid. 2d). L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). L'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (ATF I 15/06 du 21 décembre 2006, consid. 2.2).
10. En règle générale, lorsque l'assuré exerce une activité, il faut admettre que le gain effectivement réalisé équivaut à une prestation de travail correspondante. La jurisprudence admet cependant que des circonstances, dont la preuve de l'existence est soumise à des exigences sévères, justifient de s'écarter du revenu effectif en faveur ou en défaveur de l'assuré, qu'il s'agisse de l'évaluation du revenu avec ou sans invalidité (ATF du 20 mars 2002, I 433/01, consid. 4c; ATF du 10 décembre 2001, I 320/01, consid. 2a). S'agissant du revenu sans invalidité, lorsqu'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on prendra en compte le revenu qu'il obtenait dans le poste occupé jusqu'alors, adapté à l'évolution des salaires (ATF 8C_708/2007 du 21 août 2008, consid. 5.5; RAMA 2006 n° U 568 p. 66, consid. 2). Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu d'invalide, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour non-actifs (art. 8 al. 3 LPGA; art. 28a al. 2 LAI [pour la période antérieure au 1er janvier 2008 : art. 28 al. 2bis LAI] et art. 27 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI; RS 831.201]), procéder à une comparaison des

activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (procédure extraordinaire d'évaluation). La différence fondamentale entre cette procédure et la méthode spécifique réside dans le fait que l'invalidité n'est pas évaluée directement sur la base d'une comparaison des activités; on commence par déterminer, au moyen de cette comparaison, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 128 V 29, consid. 1; ATF 104 V 135, consid. 2c).

Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75, consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'OFS (ATF 124 V 321, consid. 3b/aa). S'agissant du recours à des données statistiques, le Tribunal fédéral a précisé que lors de la détermination du revenu d'invalidité, il convient généralement de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table de l'Enquête suisse des salaires TA1, à la ligne "total secteur privé" (ATF 124 V 321, consid. 3b/aa). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers, voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsque avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidité et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 9C_142/2009 du 20 novembre 2009, consid. 4.1; ATF 9C_237/2007 du 24 août 2007, consid. 5.1; RAMA 2000 n° U 405, consid. 3b). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75, consid. 5b).

11. S'agissant de la fixation du revenu d'invalidé, ce n'est pas le fait que l'assuré mette réellement à profit sa capacité résiduelle de travail qui est déterminant, mais bien plutôt le revenu qu'il pourrait en tirer dans une activité raisonnablement exigible. Le caractère raisonnablement exigible d'une activité doit être évalué de manière objective, c'est-à-dire qu'on ne peut simplement tenir compte de l'appréciation négative par l'assuré de l'activité en cause. En application de ce principe, la jurisprudence admet très largement le caractère exigible d'une activité (Ulrich MEYER, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2^{ème} éd., p. 294ss). Ainsi, dans le cas d'un assuré de condition indépendante, on peut exiger, pour autant que la taille et l'organisation de son entreprise le permettent, qu'il réorganise son emploi du temps au sein de celle-ci en fonction de ses aptitudes résiduelles. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que plus la taille de l'entreprise est petite, plus il sera difficile de parvenir à un résultat significatif sur la capacité de gain. Au regard du rôle secondaire des activités administratives et de direction au sein d'une entreprise artisanale, un transfert de tâches d'exploitation proprement dites vers des tâches de gestion ne permet en principe de compenser que de manière très limitée les répercussions économiques résultant de l'atteinte à la santé (ATF 9C_580/2007 du 17 juin 2008, consid. 5.4). Aussi, lorsque l'activité exercée au sein de l'entreprise après la survenance de l'atteinte à la santé ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, celui-ci peut être tenu, en fonction des circonstances objectives et subjectives du cas concret et conformément à son obligation de diminuer le dommage, de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée plus lucrative (ATF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009, consid. 4.3, ATF 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.2.1). Conformément au principe de proportionnalité, applicable de manière générale en matière de prestations d'assurances sociales (ATF 122 V 377, consid. 2b/cc), l'effort à consentir par l'assuré est d'autant plus important que la diminution du dommage escomptée est substantielle (ATF U 74/01 du 10 décembre 2001, consid. 2 c). C'est le cas, par exemple, lorsque la renonciation à des mesures destinées à réduire le dommage conduirait à l'octroi d'une rente ou au reclassement dans une profession entièrement nouvelle (ATF 9C_394/2009 du 8 janvier 2010, consid. 5.2.2). Le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret. Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être pris en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (ATF 9C_393/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3).

A titre d'exemples, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était exigible d'un assuré de 60 ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier dans l'industrie textile qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations

fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions dans des locaux fermés) (ATF I 376/05 du 5 août 2005, consid. 4.2), de même que pour un soudeur de 60 ans avec des limitations psychiques et physiques, notamment rhumatologiques et cardiaques, qui disposait d'une capacité de travail de 70 % (ATF I 304/06 du 22 janvier 2007, consid. 4.2). Notre Haute Cour a en revanche nié la possibilité de valoriser sa capacité de travail résiduelle d'un assuré de 61 ans, sans formation professionnelle, qui n'avait aucune expérience dans les activités fines médicalement adaptées et ne disposait que d'une capacité de travail à temps partiel, soumise à d'autres limitations fonctionnelles, et qui selon les spécialistes ne présentait pas la capacité d'adaptation nécessaire (ATF I 392/02 du 23 octobre 2003, consid. 3.3), ainsi que dans le cas d'un assuré de 64 ans capable de travailler à 50 % avec de nombreuses limitations fonctionnelles (ATF I 401/01 du 4 avril 2002, consid. 4c). Le Tribunal fédéral est parvenu au même constat dans le cas d'un agriculteur de 57 ans qui ne pourrait exercer d'activité adaptée sans reconversion professionnelle et qui ne disposait subjectivement pas des capacités d'adaptation nécessaires à cette fin (ATF 9C_578/2009 du 29 décembre 2009, consid. 4.3.2).

12. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4 et les références).

D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 8C_780/2008 du 3 juin 2009, consid. 3.3.1).

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 celui-ci (ATF 125 V 351, consid. 3b/bb et cc). S'agissant de rapports et d'expertises réalisées par des médecins liés à l'assureur par

des rapports de service, la jurisprudence considère que cela ne permet pas de conclure pour ce seul motif à un manque d'objectivité ou d'impartialité de leur part (ATF 122 V 157, consid. 1c).

13. En l'espèce, il convient tout d'abord de déterminer si l'état de santé du recourant est stabilisé, comme cela ressort de l'expertise du Dr P_____.

L'expertise réalisée par le Dr P_____ correspond parfaitement aux réquisits jurisprudentiels rappelés ci-dessus. Elle repose en effet sur l'étude du dossier complet du recourant et contient une anamnèse. L'expert a de plus recensé les plaintes du recourant et procédé à un examen clinique complet. Ses conclusions sont en outre claires et motivées. Contrairement à ce qu'allègue le recourant, on ne saurait voir dans les termes utilisés par l'expert une quelconque ambiguïté sur le fait que l'état de santé est stabilisé. Le Dr P_____ a d'ailleurs clairement confirmé par courrier du 15 juillet 2010 la portée de ses conclusions. On ne trouve au demeurant aucun élément permettant de remettre celles-ci en cause. Si le Dr O_____ a déclaré que l'état de santé ne lui semblait pas stabilisé, il n'a nullement motivé cette affirmation, si bien qu'elle ne suffit pas à remettre en cause l'expertise. Ce médecin n'a du reste proposé aucune mesure thérapeutique susceptible d'amener une amélioration, et ce n'est pas lui qui a préconisé l'intervention chirurgicale évoquée dans son courrier du 22 mars 2010, dont on ignore la nature. Cette opération n'a d'ailleurs pas été réalisée, ce qui tend à démontrer que l'état de santé du recourant est effectivement stabilisé. Enfin, comme cela ressort clairement du courrier du Dr O_____ du 29 avril 2010, ce n'est pas ce dernier qui recommande la mise en œuvre d'une nouvelle expertise mais le recourant. Dès lors qu'il n'existe aucun indice permettant de conclure à la partialité du Dr P_____, l'argument du recourant, qui allègue que ce praticien exerce une part importante de son activité pour le compte de compagnies d'assurance, ne suffit pas à remettre en cause ses conclusions au regard de la jurisprudence citée. Il n'y a donc pas lieu de s'écarter de l'appréciation du Dr P_____ selon laquelle l'état de santé du recourant était stabilisé au moment de l'expertise. Partant, c'est à bon droit que l'intimée a mis fin au paiement des indemnités journalières au 28 février 2010.

14. Il sied d'examiner le degré d'invalidité du recourant dès le 1^{er} mars 2010. A cet égard, on soulignera que le Dr P_____ a admis une capacité de travail totale dans une activité adaptée, et qu'il n'existe aucun élément permettant de mettre en doute cette appréciation. Le Dr O_____ ne s'est en effet pas formellement prononcé sur ce point. Si le Dr N_____ exclut toute autre activité dans son avis du 9 mars 2010, ce n'est pas pour des raisons médicales mais parce que le recourant ne dispose pas d'autre formation, ce qui n'est pas un critère pertinent en l'espèce. On relèvera par ailleurs que le recourant n'a pas contesté disposer d'une capacité de travail totale dans une activité administrative.

L'intimée n'a pas procédé à une enquête économique démontrant le taux d'invalidité en admettant que le recourant continue à travailler dans son salon, et on ne dispose pas d'une évaluation précise de l'incapacité dans l'activité de coiffure. En effet, le Dr P_____ a fait état d'une diminution du rendement global de 50 %, tout en soulignant qu'il s'agissait d'une estimation qu'il convenait de corriger en tenant compte des mesures de réorganisation exigibles devant être déterminées par enquête. On peut cependant se référer à cet égard aux taux retenus par l'OAI dans son enquête économique, et admettre une incapacité totale dans l'activité de coiffeur, représentant 60 % du temps de travail du recourant. Le temps consacré à la coiffure selon l'enquête de l'OAI correspond d'ailleurs aux chiffres avancés par le recourant lui-même, qui allègue que l'augmentation totale de 60 % du temps de travail de trois de ses collaborateurs est destinée à pallier son incapacité à coiffer ses clients. On notera cependant que le calcul du degré d'invalidité selon la méthode extraordinaire par l'OAI - de 53 % ou de 29 % en admettant que le recourant puisse augmenter le temps consacré à ses tâches de direction - semble erroné: la comparaison entre un revenu sans invalidité de 58'805 fr. et un revenu avec invalidité de 30'874 fr. conduit à un taux de 47.49 % d'invalidité et non de 53 %. Cette différence n'a cependant pas d'incidence dans le présent litige, de sorte qu'il n'y a pas lieu de se pencher plus avant sur les calculs de l'OAI. En effet, dans une activité adaptée, n'impliquant pas d'efforts répétitifs du membre supérieur gauche, le recourant dispose d'une capacité de travail totale. Partant, l'intimée a retenu à titre de revenu d'invalidité le salaire statistique pour un homme affecté à des tâches simples et répétitives dans le secteur des services (tableau 7), ligne 26 (achat et vente de produits de base et d'équipement). Cependant, rien ne justifie en l'espèce que l'on s'écarte du revenu moyen dans toutes les activités (ligne Total du TA1), les conditions fixées par le Tribunal fédéral n'étant pas remplies. En effet, il n'est pas établi que le recourant ait par le passé travaillé dans ce secteur en particulier, ou que cela soit le seul domaine où il dispose d'une capacité résiduelle de travail. Il convient dès lors de revoir le calcul du degré d'invalidité en retenant à titre de revenu d'invalidité le salaire qu'un homme peut retirer dans des activités simples et répétitives toutes activités confondues. Il s'agit de 4'806 fr. en 2008 pour 40 heures de travail. Il y a lieu de tenir compte de l'indexation jusqu'en 2010, année du début du droit à une éventuelle rente de l'assurance-accidents, et de la durée hebdomadaire moyenne de travail de 41.6 heures en 2010, ce qui conduit à un revenu annuel de 61'667 fr. ou 52'417 fr. après abattement de 15 %, compte tenu de l'âge du recourant. Le revenu sans atteinte à la santé aurait été en 2010 de 54'000 fr. La comparaison des revenus donne ainsi un taux d'invalidité de 2.9 %, insuffisant pour ouvrir un droit à la rente.

Le recourant fait grief à l'intimée de ne pas avoir procédé à l'évaluation de l'invalidité par la méthode extraordinaire. Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu d'invalidité, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour non-actifs (art. 8 al. 3 LPGA et art. 27 du

règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI; RS 831.201]), procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (procédure extraordinaire d'évaluation). La différence fondamentale entre cette procédure et la méthode spécifique réside dans le fait que l'invalidité n'est pas évaluée directement sur la base d'une comparaison des activités; on commence par déterminer, au moyen de cette comparaison, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 104 V 135, consid. 2c). Le fait d'exercer une activité indépendante ne justifie cependant pas que l'on recoure systématiquement à la méthode extraordinaire d'évaluation des revenus (par exemple ATF U 323/04 du 30 août 2005, consid. 5.1). En effet, cette méthode s'applique lorsque les revenus ne peuvent être établis avec suffisamment de précision, par exemple parce qu'ils se confondent avec les revenus de l'exploitation qui dépendent de nombreux paramètres difficiles à apprécier, tels que la situation conjoncturelle, la concurrence, l'aide ponctuelle de membres de la famille, des personnes intéressées dans l'entreprise ou des collaborateurs. Généralement, les documents comptables ne permettent pas, en pareils cas, de distinguer la part du revenu qu'il faut attribuer à ces facteurs - étrangers à l'invalidité - et celle qui revient à la propre prestation de travail de l'assuré (ATF 9C_580/2007 du 17 juin 2008, consid. 4.2). Tel n'est cependant pas le cas en l'espèce, puisque le recourant est salarié de sa propre entreprise, et qu'il s'est versé avant son atteinte à la santé une rémunération qui n'a pas varié en fonction des bénéfices de l'entreprise. De plus, le système de l'assurance-invalidité ne connaît pas de règle selon laquelle l'assuré aurait le droit de se voir appliquer la méthode qui serait la plus favorable à son égard (« Meistbegünstigungsklausel ») (ATF 9C_790/2010 du 8 juillet 2011, consid. 5.5.1). Cela vaut également dans le domaine de l'assurance-accidents. C'est ainsi à bon escient que l'intimée a procédé à l'évaluation de l'invalidité selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus.

15. Dans un autre moyen, le recourant allègue qu'on ne saurait exiger de lui qu'il abandonne son entreprise pour une activité lucrative adaptée, puisqu'il ne dispose d'aucune autre formation que celle de coiffeur et ne trouverait pas d'emploi. Comme cela découle du calcul du taux d'invalidité et de l'enquête économique de l'OAI, l'exercice d'une activité adaptée conduirait à une diminution substantielle du dommage, de sorte qu'on peut l'exiger du recourant. Conformément à la jurisprudence citée, l'exigibilité d'une activité adaptée a de plus été admise pour des

assurés sensiblement plus âgés que le recourant. Enfin, l'existence chez le recourant de circonstances subjectives - telles qu'un manque de ressources adaptatives rendant illusoire une réadaptation - n'est pas démontrée. Quant aux difficultés liées au marché du travail, il faut rappeler qu'elles ne sont pas pertinentes en matière d'assurance-invalidité: dans ce domaine, la capacité de gain d'un assuré est examinée en fonction d'un marché du travail équilibré (cf. art. 7 et 16 LPGA), soit en supposant de manière abstraite qu'il existe sur ce marché du travail une offre suffisante quant à l'activité ou aux activités que l'assuré est à même d'exercer malgré son atteinte à la santé (ATF 9C_346/2007 du 23 janvier 2008, consid. 6.3).

16. S'agissant de la demande d'audition d'un collaborateur de l'OFS afin d'exposer les modalités de calcul des revenus statistiques, la Cour de céans observe ceci.

La méthodologie de l'enquête sur la structure des salaires est exposée en préambule à la page 9 de la publication "Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, Principaux résultats" dont les chiffres ont été appliqués dans le cas d'espèce. Le protocole détaille que les entreprises dont les données sont recueillies sont tirées au sort dans le Registre des entreprises et des établissements, et que ne sont pas pris en compte les salaires des personnes en apprentissage, des stagiaires, des travailleurs à domicile, des personnes rémunérées à la commission ou celles actives principalement à l'étranger. S'agissant de l'échantillonnage, l'OFS précise en outre que quelque 44'600 entreprises privées et publiques, soit au total 1.7 millions de salaires, ont été saisis et exploités. Dans la mesure où le protocole de récolte et de traitement des données est expliqué dans l'ESS, on ne voit guère quelles autres précisions pourrait amener l'audition d'un collaborateur de l'OFS. Si le recourant souligne que les rémunérations prévues par la convention collective de travail dans la coiffure sont inférieures au salaire statistique moyen établi par l'ESS, il ne s'agit pas d'un indice permettant de remettre en cause la pertinence de cette enquête, puisqu'une moyenne résulte par définition de l'addition et de la division de données tant supérieures qu'inférieures. Par ailleurs, les données salariales ressortant de l'ESS sont officielles et neutres (ATF I 194/06 du 28 septembre 2006, consid. 2.2). De plus, le recours aux chiffres de l'ESS est un principe consacré par le Tribunal fédéral dans une très abondante jurisprudence, que rien ne permet de remettre en cause en l'espèce. Si le recourant a le droit de faire administrer des preuves essentielles en vertu de la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu (ATF 127 V 431, consid. 3a), ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425, consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d; voir également Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2^{ème} éd.,

Zurich 2009, n. 72 ad art. 61). Compte tenu de ce qui précède, la Cour de céans ne procédera pas à l'audition d'un collaborateur de l'OFS, qui s'avère superflue.

17. Eu égard aux considérants qui précède, le recours est rejeté.

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI-
WANGELER

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