

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2456/2017

ATAS/893/2018

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 9 octobre 2018**

**2<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à VANDOEUVRES, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître Thierry STICHER

recourant

contre

ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, sise Division  
sinistres-Litigation, ZÜRICH

intimée

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Anny SANDMEIER et Maria Esther  
SPEDALIERO, Juges assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1958, divorcé depuis 1999, père de trois enfants nés respectivement en 1985, 1988 et 1990, domicilié dans le canton de Genève depuis octobre 2009, cuisinier de formation, a exercé des activités à plein temps dans le domaine de la restauration depuis 1981, en dernier lieu, depuis 1998, comme cuisinier dans un établissement médico-social à B\_\_\_\_\_ (SG), en étant à ce titre assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Zurich compagnie d'assurances SA (ci-après : l'assureur ou l'intimée).
2. Le 12 février 2008, à Grimentz (VS), l'assuré a été victime d'un accident lors d'un vol en parapente en tandem, qu'un flux d'air défavorable a rabattu contre une paroi rocheuse, que son corps a percutée à plusieurs reprises au cours de cette chute avant de tomber au sol. Il a été admis le même jour à l'hôpital de Sion (VS), où ont été diagnostiquées une fracture du pouce gauche, une fracture bimalléolaire de la cheville gauche, une fracture intercondylienne comminutive du fémur distal gauche, un traumatisme crânien simple et une entorse moyenne de la cheville gauche. Le 28 février 2008, après une réduction de la fracture du fémur distal gauche, l'assuré a été transféré aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), où ont été pratiquées les interventions nécessitées par les lésions subies et lui ont été prodigués les soins appropriés à son état de santé.
3. Sous réserve d'une tentative de reprise de son activité à 50 % du 1<sup>er</sup> septembre au 30 octobre 2008, l'assuré a été en incapacité totale de travail depuis le jour de l'accident précité. Ses rapports de travail avec son employeur ont pris fin le 31 octobre 2009. L'assuré a demandé des prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) le 28 février 2009. Sur délégation de l'office AI du canton de Saint-Gall (ci-après : OAI-SG), l'office AI du canton de Genève (ci-après : OAI-GE) a mis sur pied en sa faveur un stage d'orientation professionnelle aux Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI) du 26 septembre 2011 au 26 août 2012, dans les domaines de l'horlogerie et comme maître socio-professionnel dans la restauration, orientations qui se sont révélées inadaptées aux limitations de l'assuré. L'OAI a octroyé à ce dernier un reclassement professionnel, prévu du 27 août 2012 au 31 août 2014, comme assistant socio-éducatif aux EPI, formation qui a fait l'objet d'une rupture au 31 août 2013 et a été remplacée par un engagement aux EPI dès le 1<sup>er</sup> septembre 2013 comme travailleur au sein du service socioprofessionnel des EPI à un taux de 50 %, sur la base d'un rapport du docteur C\_\_\_\_\_, psychiatre que l'assuré consultait depuis mai 2013, évaluant la capacité de travail de ce dernier à 50 % dans une activités adaptée à ses limitations physiques.
4. Dans le cadre de l'instruction du droit de l'assuré aux prestations de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20), l'assureur a appris que l'assuré avait consulté plusieurs médecins pour des problèmes n'apparaissant pas tous être en lien avec l'accident précité, à savoir :

- le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, pour une faiblesse et des troubles sensitifs distaux du membre supérieur droit et des acouphènes gauches ;
- la doctoresse E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, pour des épisodes d'arthrite récidivante au niveau des mains, suite à une goutte oligo-articulaire, dont la proposition thérapeutique était la poursuite d'une abstinence à l'alcool mise en place depuis mai 2014 ;
- le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, pour une surdité brusque à gauche ;
- la doctoresse M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, pour l'ensemble de ces troubles ;
- le Dr C\_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute FMH, pour de la tension, de l'angoisse, avec un ralentissement psychomoteur et un sentiment de dévalorisation ;
- les HUG, pour un spondylodiscarthrose L5-S1.

L'assureur a alors mis sur pied une expertise pluridisciplinaire, confiée à la Clinique Corela et dans le cadre de laquelle ont eu lieu, respectivement :

- le 2 juin 2015, une consultation de l'appareil locomoteur, membres supérieurs, auprès du docteur G\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique et traumatologue de l'appareil locomoteur ;
  - le 13 juin 2015, une consultation de l'appareil locomoteur, membres inférieurs, auprès du docteur H\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique et traumatologue de l'appareil locomoteur ;
  - le 13 juin 2015, une consultation de neurochirurgie, auprès du docteur I\_\_\_\_\_, neurochirurgien ;
  - le 20 juillet 2015, une consultation de psychiatrie, auprès du docteur J\_\_\_\_\_, psychiatre.
5. Le rapport d'expertise, comportant 302 pages et signé par les quatre médecins précités, a été établi le 30 septembre 2015.

Les limitations somatiques retenues par les experts étaient, pour le dernier emploi de cuisinier, la station debout prolongée, la marche prolongée, la préhension manuelle fine ou forcée, l'utilisation fréquente du pouce contre résistance, le port de charges très légères (< 5 kg occasionnellement) à très lourdes (> 50 kg occasionnellement) et/ou > 25 kg souvent et/ou 5-10 kg en permanence près du corps, la marche en escaliers et la position accroupie, et en plus, pour un emploi adapté, le travail en hauteur sur échafaudage, l'exposition au froid et la conduite d'un véhicule professionnel. Les experts ne retenaient pas de limitations psychiques en lien de causalité avec l'accident, mais relevaient qu'en raison d'un syndrome de dépendance à l'éthyle, la reprise d'un emploi de cuisinier était contre-indiquée, de même que l'exercice de tout métier impliquant un contact avec les boissons éthanolées.

Dans la profession de cuisinier, il fallait retenir une totale incapacité de travail, pas uniquement en lien avec les seules conséquences de l'accident, bien que le seul plan accidentel contre-indiquât à lui seul la poursuite de l'activité de cuisinier (des pathologies dégénératives cervicales et lombaires étagées, sans lien avec l'accident, amenaient aussi à elles seules à attester une totale incapacité de travail dans ladite activité).

Dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles, l'incapacité de travail était de 100 % du 12 février 2008 au 21 avril 2010, de 0 % sans baisse de rendement du 22 avril 2010 au 24 mars 2011, de 100 % du 25 mars au 24 juin 2011 (en raison d'une arthroplastie de la hanche gauche), et de 0 % dès le 25 juin 2011.

Sur le plan psychiatrique, aucun des diagnostics annoncés par les médecins traitants ne pouvaient être retenus. Il existait par ailleurs un syndrome de dépendance à l'éthyle, sans lien de causalité avec l'accident du 12 février 2008 ; ancienne d'après l'anamnèse, la prise d'éthyle restait actuelle, ayant été confirmée par les résultats d'examen biologique lors des rendez-vous d'expertise.

L'assuré subissait une atteinte à l'intégrité physique, que les experts évaluaient à 80 %.

6. Le 14 janvier 2016, l'assuré s'est plaint de ce que l'expertise de la Clinique Corela ne retenait pas le diagnostic de dépression, se référant à ce propos à un rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 8 décembre 2015 faisant état du fait qu'il souffrait depuis l'accident du 12 février 2008 d'un épisode dépressif, alors de degré moyen, dans le cadre d'un trouble de l'humeur récurrent.

Prenant position à ce propos par courrier du 16 février 2016 (Z 226), signé « sous dictée » par le docteur K\_\_\_\_\_, « medical manager » de la Clinique Corela, cette dernière a objecté que le psychiatre traitant de l'assuré ne discutait pas le diagnostic de troubles mentaux et troubles de comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance active, retenu par l'expertise, alors que les prises d'éthyle pouvaient se poursuivre et être responsables de troubles d'allure psychiatrique, en particulier de plaintes de fatigue, troubles de la concentration, troubles de la mémoire et difficultés d'apprentissage. Un trouble de l'humeur évoluant depuis 2008 n'était pas retenu, en l'absence des critères nécessaires à l'établissement d'un tel diagnostic et d'un traitement adapté à un tel trouble (absence de prise en charge avant 2013, fréquence mensuelle du suivi, absence d'une médication psychotrope durable et significative).

Par courrier du 8 mars 2016 (Z 231), l'assuré a contesté ce point de vue, s'étonnant qu'il émane d'un médecin dont il n'apparaissait pas qu'il avait participé à l'expertise. Il a relevé qu'une expertise multidisciplinaire allait être mise sur pied dans le cadre de l'instruction de sa demande de prestations de l'AI.

Le 5 avril 2016, le Dr K\_\_\_\_\_ de la Clinique Corela a indiqué que le courrier précité du 16 février 2016 avait été dicté par le Dr J\_\_\_\_\_ et, en l'absence de ce

dernier, visé par ses soins, et que le Dr J\_\_\_\_\_ restait à disposition pour le contresigner si nécessaire.

Par courrier du 11 mai 2016, l'assuré a mis en doute que le Dr J\_\_\_\_\_ avait dicté ledit courrier, ajoutant qu'il ne semblait pas être spécialiste FMH en psychiatrie et demandant à savoir qui avait préparé et rédigé le rapport d'expertise avant sa signature et à connaître la date du consilium intervenu entre les experts. Il contestait toute force probante à l'expertise de la Clinique Corela. Il a produit un rapport d'expertise psychiatrique établi le 9 mai 2016 à sa demande par le docteur L\_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute FMH. Il estimait avoir droit aux prestations de la LAA sur la base d'un degré d'invalidité de 100 %, avec effet rétroactif au jour de l'accident.

Le 14 juin 2016, la Clinique Corela a indiqué à l'assuré que le titre de spécialiste FMH n'était pas une condition *sine qua non* pour pouvoir rendre une expertise médicale, et, le 27 juin 2016, elle a transmis à l'assureur le courrier précité du 16 février 2016, signé par le Dr J\_\_\_\_\_ (Z 243).

7. À teneur du rapport d'expertise précité du Dr L\_\_\_\_\_ du 9 mai 2016, l'assuré souffrait d'un trouble dépressif récurrent (épisode alors moyen) et de traits de la personnalité après une expérience de catastrophe. Ces deux diagnostics avaient une influence directe sur la capacité de travail de l'assuré, rendant ce dernier inapte à exercer une activité professionnelle dans un milieu non protégé, ce depuis l'accident du 12 février 2008. Le Dr L\_\_\_\_\_ ne retenait pas de syndrome de dépendance à l'alcool, même si l'assuré décrivait une période d'alcoolisation en 2013, période correspondant à une aggravation de son trouble psychique et en étant directement la conséquence. Tous les diagnostics retenus étaient en lien de causalité naturelle avec l'accident précité. Il n'y avait pas d'élément permettant de penser que l'assuré présentait avant l'accident un problème psychique quelconque. Le traitement que suivait l'assuré était approprié, pas anormalement long mais pénible ; plusieurs éléments avaient entravé le processus de récupération psychique (durée du traitement orthopédique, nombre d'opérations, perte progressive désinsertion sociale et professionnelle, douleurs chroniques, démarches administratives et juridiques). D'un point de vue psychique, le pronostic était réservé, et le risque suicidaire important.
8. Par décision du 12 décembre 2016, contre laquelle une opposition n'aurait pas d'effet suspensif, l'assureur a mis fin au 31 août 2013 à la prise en charge du traitement médical et au versement d'une indemnité journalière, et il a alloué à l'assuré une rente mensuelle d'invalidité de CHF 1'772.- dès le 1<sup>er</sup> septembre 2013 sur la base d'un gain assuré de CHF 85'721.26 et d'un degré d'invalidité de 31 %, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 80 % représentant CHF 100'800.-.

Le Dr J\_\_\_\_\_ – auquel l'assureur disait que l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_ avait été soumise – avait confirmé sa position précédemment exprimée. L'assureur relevait

---

que si le Dr C\_\_\_\_\_ n'évoquait pas la prise d'éthyle (mais une consommation dans les limites de la norme), la Dresse E\_\_\_\_\_ avait proposé, contre l'arthrite goutteuse, la poursuite de l'abstinence à l'alcool mise en place depuis mai 2014 et les examens biologiques pratiqués par les experts de la Clinique Corela avaient démontré que l'assuré n'était pas abstinent et consommait de l'alcool au-delà des limites de la norme. Il n'y avait pas de motif d'écarter les conclusions des experts de ladite clinique. L'assuré n'était plus en mesure d'exercer sa profession de cuisinier, mais avait une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Par projet de décision du 15 mars 2016, l'AI prévoyait de lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité, retenant un degré d'invalidité de 18 % (ce que l'OAI-SG fera par décision du 17 janvier 2017, contre laquelle l'assuré recourra le 10 février 2017 auprès du Tribunal cantonal des assurances du canton de Saint-Gall).

L'assuré travaillait aux EPI à un taux de 50 %, sans exploiter la part restante de sa capacité de gain. Son revenu d'invalidé, déterminé selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) 2012, adapté au salaire 2013 et à un temps de travail hebdomadaire de 41.7 heures, et compte tenu d'un abattement de 15 % en raison des séquelles présentées par l'assuré, était de CHF 60'369.68. Son revenu sans invalidité en 2013 aurait été de CHF 87'978.30. Sa perte de gain, de CHF 27'608.62, représentait le 31 % de son revenu sans invalidité. Appliqué au 80 % de son gain assuré de CHF 85'721.26 (donc à CHF 68'577.-), qui serait dû en cas d'invalidité totale, ce taux de 31 % donnait une rente de base annuelle de CHF 21'258.87, donc une rente de base mensuelle de CHF 1'772.-, dès le 1<sup>er</sup> septembre 2013.

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité représentait le 80 % de CHF 126'000.-, soit du montant du salaire maximum assuré appliqué le 12 février 2008 ; elle était ainsi de CHF 100'800.-.

9. Le 20 décembre 2016, l'assuré a demandé à l'assureur de lui transmettre par retour de courrier la détermination de la Clinique Corela sur le rapport d'expertise du Dr L\_\_\_\_\_, indiquant envisager de faire opposition à la décision précitée. Il disait en revanche accepter l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 100'800.-.

Le 28 décembre 2016, l'assureur a indiqué à l'assuré que la détermination de la Clinique Corela sur ledit rapport d'expertise était constituée par le renvoi du 27 juin 2016, signé cette fois-ci par le Dr J\_\_\_\_\_, de la prise de position (non modifiée) de ce dernier du 16 février 2016.

10. Par recommandé du 11 janvier 2017, l'assuré a formé opposition à la décision précitée du 12 décembre 2016.

Il fallait retenir un syndrome dépressif moyen (F33.1) ainsi qu'une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0), conformément au rapport d'expertise du Dr L\_\_\_\_\_, ayant pleine valeur probante et sur lequel la Clinique Corela ne s'était en réalité pas prononcée. Le Dr L\_\_\_\_\_ avait mentionné que l'assuré avait eu une période d'excès d'alcool en 2013, à

---

mettre en lien de causalité avec son trouble psychique (dépression) dû à l'accident considéré.

Le lien de causalité naturelle entre ce dernier et les affections psychiques de l'assuré était établi, et il fallait retenir également un lien de causalité adéquate, compte tenu du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques (multitude de fractures), de la durée anormalement longue du traitement médical, des douleurs physiques persistantes, et du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

La capacité de travail de l'assuré était nulle en dehors d'un milieu protégé en raison de l'état dépressif moyen de ce dernier et de la modification durable de sa personnalité après une expérience de catastrophe. L'assuré concluait principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité maximale (80 % du salaire assuré), et subsidiairement (si une capacité de travail résiduelle était retenue) à l'octroi d'une rente d'invalidité calculée sur la base d'un degré d'invalidité de 89 %, compte tenu d'un revenu avec invalidité à 50 % de CHF 12'000.-, ramené à CHF 9'600.- par application d'un taux d'abattement de 20 % au regard de ses multiples limitations, donc d'une perte de gain de CHF 78'378.30 (CHF 87'978.30 – CHF 9'600.-).

11. Par décision sur opposition du 4 mai 2017, l'assureur a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 12 décembre 2016.

Seul était litigieux le taux d'invalidité, en particulier le revenu d'invalidité retenu.

Le rapport d'expertise de la Clinique Corela avait pleine valeur probante, contrairement à celui du Dr L\_\_\_\_\_. Ce dernier, mandaté par l'assuré, ne relevait rien de particulier dans les constatations objectives, mais posait un diagnostic de trouble dépressif récurrent (épisode alors moyen) et relevait des traits (et non des troubles) de la personnalité après une expérience de catastrophe, traits qui n'influençaient pas la capacité de travail ; le rapport du Dr L\_\_\_\_\_ se basait sur les indications fournies par l'assuré, et non sur des examens complets. Une divergence importante concernait la dépendance à l'alcool ; celle-ci était établie (y compris par des tests), mais n'était pas en lien de causalité avec l'accident ; il était peu vraisemblable que les consommations problématiques n'avaient commencé qu'après l'accident, compte tenu d'un faisceau d'indices rétrospectifs de conséquences courantes d'une dépendance (rupture affective initiée par l'ex-épouse de l'assuré ; première crise de goutte en 1985, maladie associée à une consommation éthylique abusive ; terrain familial prédisposant avec un frère cadet décédé des suites d'un abus d'éthyle et de drogues) ; l'accident considéré n'avait pas pu engendrer un tel trouble secondaire (traumatisme crânien bénin, indirect, sans lésion cérébrale séquentielle ; aucun signe comportemental de labilité, d'impulsivité, de désinhibition, ni aucune modification émotionnelle ; pas de trouble psychiatrique en lien avec ledit traumatisme ayant pu conduire à une dépendance éthylique). L'assuré était capable de travailler à plein temps dans une

activité adaptée à ses limitations somatiques ; les éventuels critères justifiant un emploi comme auxiliaire dans un milieu protégé n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident.

Le revenu d'invalidé devait être déterminé sur la base de l'ESS (table statistique TA1 2012, total, niveau de compétence 2), en adaptant ce revenu au temps de travail hebdomadaire et à l'évolution du salaire pour 2013. Un abattement de 15 % était correct, seules les limitations fonctionnelles et l'âge de l'assuré entrant à cet égard en considération.

12. Par acte du 6 juin 2017, l'assuré a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS), en concluant préalablement à l'audition des Drs L\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ (subsidièrement à la mise sur pied d'une expertise psychiatrique judiciaire), et, au fond, à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi de prestations de l'assurance-accidents (une rente d'invalidité) fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, sous suite de frais et dépens.

C'était à tort que le rapport d'expertise de la Clinique Corela ne retenait pas un syndrome dépressif moyen à sévère et que, dans son courrier du 16 février 2016, ladite clinique estimait que la prise d'éthyle serait responsable des affections psychiatriques de l'assuré. Comme le Dr L\_\_\_\_\_ l'avait retenu, l'excès de consommation d'alcool n'avait existé qu'après l'accident considéré ; il avait correspondu à une aggravation de son trouble psychique et en avait été directement la conséquence ; le trouble dépressif récurrent (épisode alors moyen) et les traits de la personnalité après une expérience de catastrophe étaient la conséquence directe de l'accident, et ils rendaient l'assuré inapte à exercer une activité professionnelle dans un milieu non protégé. Ce n'était que pure spéculation que d'affirmer que la prise excessive et temporaire d'alcool était corroborée par une rupture affective, une crise de goutte remontant à plus de vingt ans et une prédisposition familiale. L'assuré n'avait pas été conscient de son état dépressif, si bien qu'il n'avait consulté un psychiatre qu'en 2013 sous l'impulsion de son médecin généraliste traitant (la Dresse M\_\_\_\_\_). La Clinique Corela relevait que l'assuré avait subi un accident grave et impressionnant ; le lien de causalité adéquate devait être admis, au demeurant également en cas de gravité moyenne à la limite de l'accident grave, compte tenu du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques (multitude de fractures), de la durée anormalement longue du traitement médical, des douleurs physiques persistantes, et du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. L'affection psychiatrique de l'assuré devait être prise en considération dans la détermination de sa capacité de travail. Celle-ci était nulle, ou uniquement de 50 % dans un milieu protégé ; un abattement de 25 % sur un revenu d'invalidé se justifiait au regard des nombreuses limitations somatiques de l'assuré ; le degré d'invalidité serait alors de 90 %.

13. Par mémoire du 30 juin 2017, l'assureur a conclu au rejet du recours.

Il y avait divergence quant à l'existence d'une affection psychique et, en cas d'affirmation de cette dernière, quant à son lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident considéré.

Il ne pouvait être retenu de diagnostic d'épisode dépressif ou de trouble dépressif récurrent, car – ainsi que la Clinique Corela l'avait expliqué dans son courrier du 16 février 2016 – la prise concomitante d'éthyle excluait un tel diagnostic, et la symptomatologie décrite pour la période 2012-2013 ne démontrait pas les critères majeurs et mineurs permettant de retenir un épisode dépressif ; le suivi auprès d'un psychiatre avait commencé plus de cinq ans après l'apparition annoncée par le psychiatre traitant ; aucune médication psychotrope durable et significative n'avait été prescrite. Le cas échéant, une affection psychique telle que décrite par l'assuré ne pouvait être due à l'accident considéré ; l'expert psychiatre J\_\_\_\_\_ relevait comme seuls troubles psychiques des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance qui persistait, sans que n'existent d'éléments devant amener à considérer la consommation éthylique excessive comme un trouble secondaire. En l'absence de causalité naturelle, il n'y avait pas matière à évoquer une causalité adéquate. L'assuré devait se voir reconnaître une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Un abattement de 15 % du revenu d'invalidé se justifiait au regard des séquelles physiques, mais pas des autres critères susceptibles d'entrer en considération dans d'autres cas (âge, nationalité, années de service, catégorie d'autorisation de séjour).

14. Par réplique du 14 août 2017, l'assuré a persisté dans les termes et conclusions de son recours.

Il fallait confronter les Drs L\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_. C'était à tort que l'assureur considérait, subsidiairement, qu'une affection psychique serait en relation avec la consommation d'éthyle et non avec l'accident considéré. Le trouble dépressif était en lien avec ledit accident.

15. Le 29 août 2017, l'assureur a renoncé à présenter une duplique.
16. Par courrier du 5 février 2018, l'assuré a produit, dans une version anonymisée, un arrêt rendu par le Tribunal fédéral le 22 décembre 2017 dans la cause 2C\_32/2017, confirmant pour l'essentiel un retrait de l'autorisation d'exploiter une institution de santé pour une durée de trois mois, que le département genevois de l'emploi, des affaires sociales et de la santé (ci-après : DEASS) avait infligé le 25 juin 2015 à un centre de traitement et d'expertise médicale inscrite au registre du commerce du canton de Genève (dont il pensait qu'il s'agissait de la Clinique Corela), pour des faits graves survenus dans des dizaines de cas (modifications d'expertises, y compris de diagnostics, apportées par le responsable de la clinique, qui n'avait procédé à aucun examen clinique des expertisés, sans même en avoir toujours informé le médecin chargé de l'expertise, et rédaction par ledit responsable de la première version d'expertises, non communiquée aux parties). S'il se confirmait que le centre d'expertise médicale concerné par cet arrêt était la Clinique Corela, il

faudrait écarter du dossier le rapport d'expertise établi par cette clinique dans le cas de l'assuré et ordonner une expertise psychiatrique judiciaire, d'autant plus que le responsable de ladite clinique était intervenu en l'espèce dans des conditions troubles.

17. Le 22 février 2018, la CJCAS a convoqué, pour le 13 mars 2018, une audience de comparution personnelle des parties ainsi que d'audition, à titre de témoins des Drs K\_\_\_\_\_ (ayant fait savoir au greffe qu'il pourrait renseigner la CJCAS sur ledit dossier, étant précisé que le Dr J\_\_\_\_\_ ne travaillait plus pour la Clinique Corela et était installé comme psychiatre au sud de la France), L\_\_\_\_\_, C\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, et, le 23 février 2018, elle a posé au Dr J\_\_\_\_\_ diverses questions par écrit, en l'invitant à lui faire part de sa réponse écrite pour le matin du 12 mars 2018.
18. Par courrier du 27 février 2018, l'assuré a produit un extrait de la Feuille d'avis officielle de la République et canton de Genève (ci-après : FAO) du 21 février 2018 désignant la Clinique Corela (devenue Medlex SA) comme la clinique ayant fait l'objet de l'arrêt précité 2C\_32/2017 du Tribunal fédéral, de même que des articles de presse des 24 et 25 février 2018 (faisant mention de modifications d'expertises effectuées par la Clinique Corela par des personnes inconnues exerçant à Madagascar).
19. Par fax du 12 mars 2018 en fin d'après-midi, le Dr K\_\_\_\_\_ a informé la CJCAS que n'ayant pu se faire expliquer ce cas complexe en détail par le Dr J\_\_\_\_\_, il n'était pas en mesure de la renseigner valablement et ne viendrait donc pas à l'audience du lendemain. Il n'avait été lui-même ni expert ni témoin dans ce dossier ; il n'avait fait qu'expédier des courriers préparés par le Dr J\_\_\_\_\_ (qui s'était installé progressivement au sud de la France entre 2014 et juin 2016), répondant à des questions complémentaires relatives à des expertises que celui-ci avait effectuées pour la Clinique Corela. Le Dr J\_\_\_\_\_ serait d'accord de se déplacer à Genève pour audition en mai, aux dates que celui-ci communiquerait à la CJCAS.
20. Le 13 mars 2018, en audience de comparution personnelle, l'assuré a déclaré que l'AI avait renoncé à faire une expertise multidisciplinaire et lui avait refusé, par décision du 17 janvier 2017, des prestations de l'AI, en particulier toute rente d'invalidité en raison d'un degré d'invalidité de 19 %. Il avait recouru contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances du canton de Saint-Gall, qui n'avait pas encore statué sur ce recours. Aujourd'hui, l'assuré éprouvait des doutes sur la force probante de l'intégralité de l'expertise de la Clinique Corela, donc également sur les volets somatiques, alors que l'objet litigieux se limitait jusque-là à la reconnaissance ou non d'une invalidité psychiatrique due à l'accident de parapente du 12 février 2008, question qui – d'après l'assureur – constituait l'objet du litige, au-delà duquel il n'y avait pas lieu de faire porter d'éventuelles nouvelles investigations.

21. Lors de son audition, le 13 mars 2018, le Dr L\_\_\_\_\_ a expliqué que l'avocat de l'assuré avait fait appel à lui pour une expertise psychiatrique (le volet somatique n'étant pas contesté), en sa qualité de spécialiste en psycho-traumatologie. Il avait travaillé notamment sur la base des 250 premières pages du rapport d'expertise de la Clinique Corela, mais n'avait pas disposé des pages suivantes concernant le volet psychiatrique de cette expertise (donc des quelque 50 pages dudit rapport consacrées à ce volet psychiatrique) ; il avait eu un contact avec le psychiatre traitant de l'assuré, le Dr C\_\_\_\_\_, et avait eu un entretien d'évaluation d'environ soixante minutes avec l'assuré, qui avait par ailleurs rencontré aussi une fois la psychologue N\_\_\_\_\_ travaillant avec lui.

L'expert L\_\_\_\_\_ avait posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent (F33.1 de la CIM-10) d'intensité moyenne, compte tenu des déclarations de l'assuré révélatrices des signes caractérisant ledit diagnostic – soit en l'occurrence la fatigabilité, des troubles de la concentration et de l'attention, un abaissement de l'humeur avec ruminations et par moments, anciennement, des idées suicidaires –, de façon durable avec des périodes de mieux-être. Il avait aussi posé le diagnostic de traits de personnalité après une expérience de catastrophe (moins grave que celui de trouble de la personnalité après une expérience de catastrophe), qui se manifestaient, pour l'assuré, surtout dans la communication avec autrui (méfiance prononcée par rapport au monde et à l'entourage, forte irritabilité, hyper vigilance). Des propos de l'assuré mais aussi de son expérience professionnelle, le témoin avait acquis la conviction que l'assuré avait subi, du fait de son accident de février 2008, une transformation de sa vision du monde et de sa personnalité, dans le sens d'un repli social et d'une perte d'espoir. Il n'était pas exceptionnel qu'il ait fallu cinq ans pour que cela ressorte, tant pour l'assuré lui-même que pour les médecins somaticiens qui le suivaient. L'assuré lui avait dit qu'il avait consommé en 2013 de l'alcool de manière excessive, peut-être même auparavant mais pas antérieurement à l'accident ; en 2016, lors de l'entretien d'évaluation, il ne présentait pas de signe d'alcoolisme. Un tel problème n'avait rien de surprenant ; 50 % des personnes souffrant de séquelles d'un traumatisme psychique (le fait d'avoir littéralement vu la mort en face dans le cas de l'assuré) présentaient une addiction à un produit psychotrope ; la consommation d'alcool, à comprendre comme une automédication, était en lien de causalité avec l'accident. Les deux pathologies diagnostiquées étaient la conséquence directe du traumatisme du 12 février 2008 ; il n'y avait aucun élément permettant de penser que l'assuré présentait un trouble psychique avant son traumatisme. C'est ce dernier qui avait entraîné une modification du psychisme de l'assuré, y compris la problématique de la consommation d'alcool, qui était de nature secondaire (et non primaire). L'assuré avait une capacité de travail de 50 % dans un milieu protégé, mais nulle sur un marché équilibré du travail, que ce soit comme cuisinier ou dans n'importe quelle autre activité, compte tenu de son caractère forgé par le traumatisme (référence étant faite à son hyper vigilance, son irritabilité, son incapacité à accepter une quelconque injustice).

---

L'expert L\_\_\_\_\_ était disposé à prendre position sur le volet psychiatrique du rapport d'expertise de la Clinique Corela (ce qui lui a été demandé dans le prolongement de son audition, par courrier du 13 mars 2018).

22. Également entendu le 13 mars 2018, le Dr C\_\_\_\_\_, psychiatre traitant de l'assuré depuis 2013, a déclaré qu'il avait diagnostiqué chez ce dernier une dépression d'intensité moyenne, pouvant être qualifiée de récurrente dans la mesure où l'assuré avait eu un autre épisode dépressif bien antérieurement, dans le cadre de son divorce. En 2013, le témoin avait retrouvé les signes caractéristiques des troubles du sommeil, de l'appétit, de la tristesse, du découragement, de la culpabilité, avec des cauchemars et par moments des idées noires, un sentiment de dévalorisation et d'humiliation. Il n'avait pas constaté de dépendance à l'éthyle ; sa consommation d'alcool, dans la norme (deux à trois verres par jour), n'était révélatrice d'aucun trouble psychique. Depuis 2013, l'assuré restait dans un état constant de dépression, d'intensité moyenne, qui était la conséquence de l'accident du 12 février 2008 et n'était pas tributaire du premier épisode dépressif remontant à l'époque du divorce de l'assuré. Le traitement n'avait pas été médicamenteux, mais avait tenu et tenait en une psychothérapie. Le témoin n'avait pas diagnostiqué d'autre trouble psychique (en particulier pas celui de trouble ou de traits de personnalité après une expérience de catastrophe). Le trouble dépressif récurrent dont souffrait l'assuré affectait de façon importante sa capacité de travail, de façon intriquée avec les séquelles physiques et neurologiques de l'accident. Pour son activité habituelle de responsable de cuisine, l'assuré présentait une totale incapacité de travail, pour des raisons tant physiques que psychiques. Dans une activité adaptée à ses limitations, sa capacité de travail était au maximum de 50 % dans un milieu adapté, mais nulle sur un marché équilibré du travail. D'un point de vue psychiatrique, ses limitations consistaient en une fatigabilité, un manque de concentration, un manque d'énergie, des ruminations, un sentiment de découragement.
23. Lors de son audition le 13 mars 2018, la Dresse E\_\_\_\_\_ a indiqué avoir vu l'assuré pour des problèmes de rhumatologie, six fois en 2014, trois fois en 2015, trois fois en 2016 et une fois en 2017, dans un premier temps pour un problème de goutte oligo-articulaire, sans qu'il n'apparaisse (y compris au travers du suivi biologique, dont le témoin a versé les rapports d'analyse au dossier) que l'assuré consommait de l'alcool de façon excessive, puis, dès 2015, essentiellement pour des problèmes mécaniques (périarthrites de hanche) en partie liés à l'accident du 12 février 2008, ayant été résolu par le biais d'une opération.
24. Par courrier daté du 7 mars 2018, reçu le 14 mars 2018, le Dr J\_\_\_\_\_ a écrit à la CJCAS qu'il prévoyait de venir à Genève le 25 mai ou le 15 juin 2018, et il répondait aux questions écrites lui ayant été posées.

Il disposait d'une formation complète de psychiatre, reconnue par l'office fédéral de la santé publique, ainsi que d'un droit de pratique dans le canton de Genève. Il avait travaillé pour la Clinique Corela pendant des années, jusqu'en 2016. C'était bien lui qui avait, personnellement et effectivement, participé comme expert

psychiatre à l'expertise de l'assuré. Il y avait eu un consilium entre les quatre experts ayant participé à cette expertise. Lui-même était bien personnellement l'auteur de toute la partie du rapport d'expertise abordant le volet psychiatrique, et personne ne modifiait ses rapports sans son consentement. C'était bien lui qui avait dicté le courrier du 16 février 2016 visé par le Dr K\_\_\_\_\_, à la suite d'un courrier du mandant de l'assuré. Il n'avait pas eu connaissance du rapport d'expertise psychiatrique du 9 mai 2016 du Dr L\_\_\_\_\_, ni n'avait été appelé à se déterminer à son propos. Il n'avait pas d'autres remarques à formuler.

25. Par courrier du 2 avril 2018, le Dr L\_\_\_\_\_ s'est prononcé sur le volet psychiatrique du rapport d'expertise de la Clinique Corela, signé par le Dr J\_\_\_\_\_.

Il n'avait pas trouvé d'éléments permettant de poser le diagnostic de troubles mentaux et de troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool retenu par le Dr J\_\_\_\_\_. L'assuré avait reconnu une période d'alcoolisation en 2013, et même pour le cas où il aurait toujours présenté un problème d'alcool par la suite, le Dr L\_\_\_\_\_ réitérait que ce trouble psychique était en lien de causalité naturelle avec l'accident du 12 février 2008. Il était en complet désaccord avec le Dr J\_\_\_\_\_ en tant que celui-ci affirmait que les suites de cet accident n'avaient pas été marquées par un trouble psychiatrique, quel qu'il soit, en lien de causalité avec ce traumatisme, qui aurait pu conduire à une dépendance éthylique. C'était un a priori que de retenir que la plupart des gens parvenaient à trouver d'autres stratégies que l'alcool pour faire face à un traumatisme et que le fait de commencer à avoir recours à l'éthyle pour surmonter une telle épreuve dénoterait d'un terrain prédisposant, fragile, et d'un passé déjà marqué par une propension à utiliser la substance dans certaines conditions difficiles ou de stress majeur. Le fait que l'assuré était suivi par des médecins somaticiens et bénéficiait d'antalgiques n'impliquait pas qu'il n'avait pas mal.

Le Dr L\_\_\_\_\_ contestait également que l'anamnèse de l'assuré n'était absolument pas évocatrice d'une déviation suggérant un trouble de la personnalité. Lui-même avait constaté que l'assuré présentait des traits de personnalité rigide et inadaptée, à l'origine d'une dégradation du fonctionnement interpersonnel, social et professionnel ; il avait une attitude hostile et méfiante envers le monde en général, présentait un retrait social, des sentiments de vide et de perte d'espoir, l'impression permanente d'être « sur la brèche » comme s'il était constamment menacé.

26. Le 9 avril 2018, la CJCAS a indiqué aux parties qu'elle entendait ordonner une expertise psychiatrique, qu'elle allait confier au docteur O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et elle leur a transmis les questions qu'elle souhaitait poser audit expert, en leur impartissant un délai au 20 avril 2018 pour faire valoir un éventuel motif de récusation à l'encontre de l'expert pressenti et se déterminer sur les questions prévues et le cas échéant en proposer d'autres.

27. Par courrier du 16 avril 2018, l'assuré a indiqué n'avoir pas de motif de récusation à faire valoir à l'encontre de l'expert pressenti, demandé que le rapport d'expertise

---

de la Clinique Corela soit écarté du dossier (donc non transmis audit expert), et requis l'ajout des deux questions de savoir s'il convenait le cas échéant de retenir une diminution de rendement et, pour le cas où une capacité de travail dans une activité adaptée serait retenue, si le recourant disposait des ressources et facultés nécessaires pour une adaptation à une telle activité.

28. Par courrier du 16 avril 2018, l'assureur a indiqué n'avoir pas de motif de récuser l'expert pressenti et s'est déclaré d'accord avec les questions que la CJCAS prévoyait de soumettre audit expert.
29. Par ordonnance du 20 avril 2018, la CJCAS a ordonné une expertise psychiatrique de l'assuré, qu'elle a confiée au Dr O\_\_\_\_\_, sur la base des questions soumises préalablement aux parties et complétées par celles suggérées par l'assuré, mais sans écarter du dossier le rapport de la Clinique Corela.
30. Le 23 avril 2018, l'assuré a transmis à la CJCAS un courrier de son avocat dans la cause l'opposant à l'OAI-SG devant le Tribunal cantonal des assurances de ce canton. L'OAI-SG avait retenu qu'il n'était pas limité dans sa capacité de travail en se fondant sur le rapport d'expertise de la Clinique Corela. Un médecin qui l'avait examiné le 1<sup>er</sup> octobre 2010 à Saint-Gall n'avait fourni aucune indication quant à un problème d'alcool. Il a informé la CJCAS, le 26 juin 2018, qu'il sollicitait la suspension de la procédure instruite devant le Tribunal cantonal des assurances du canton de Saint-Gall jusqu'à ce que l'expertise du Dr O\_\_\_\_\_ soit disponible.
31. Le Dr O\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise, comportant 71 pages, le 28 juin 2018.

Ce rapport expose, sur 2 ½ pages, les motifs de l'expertise et la situation générale de l'assuré, résume les rapports médicaux figurant au dossier (23 pages), le consilium que le Dr O\_\_\_\_\_ a eu le 21 juin 2018 avec le Dr C\_\_\_\_\_ (½ page), des pièces du dossier administratif (2 pages). Il relate l'anamnèse personnelle et familiale de l'assuré (3 ½ pages), son anamnèse professionnelle (3 pages), son anamnèse récente relative à son domicile, sa vie affective, familiale, sociale, financière, son quotidien, sa médication, ses suivis médicaux, sa consommation d'alcool, son avenir professionnel (3 ½ pages), les résultats des analyses du taux plasmatique de sa médication psychotrope et de ses paramètres biologiques (1 page), ainsi que les résultats des examens cliniques (échelle de dépression de Hamilton, échelle de Beck et questionnaire des attaques de panique spontanées) (2 ½ pages). En réponse aux questions posées, le rapport indique ensuite les données subjectives (des registres dépressif, anxieux et somatoforme) (1 page), ainsi que les constatations objectives (1 ½ page).

Le rapport pose et discute les diagnostics de trouble dépressif caractérisé, isolé, de gravité légère (F32.0) et de trouble panique (F41.0). Les critères d'un trouble dépressif caractérisé étaient réunis (nette différence entre le fonctionnement habituel de l'assuré avant l'accident en février 2008 et le fonctionnement actuel ; tristesse persistante, labilité de l'humeur, dévalorisation, perte d'espoir, de l'élan

---

vital, de la motivation, de l'initiative, culpabilité, anxiété psychique et neurovégétative significative, troubles globaux du sommeil, fatigue et fatigabilité diurnes, anhédonie relative); il n'y avait pas de caractère récurrent de l'épisode thymique (pas d'antécédents avant l'accident, pas même le divorce en 1999); la première véritable décompensation psychique durable était survenue vers février 2013, après l'échec du processus réhabilitatif auprès du centre EPI; s'était alors développé un état dépressif de gravité moyenne, auquel s'était associée une augmentation significative de la consommation d'alcool comme automédication, sans que l'état dépressif ne se résorbe par la suite, en dépit de fluctuations au gré des événements de vie et de l'administration de traitements antidépresseurs insuffisants. Lors de la décompensation thymique majeure de 2013 étaient apparues de façon concomitante des crises de panique paroxystiques (symptômes de la série respiratoire, cardiovasculaire et pseudoneurologique), pathologie qui persistait mais était en rémission par rapport à sa gravité initiale. L'expert O\_\_\_\_\_ ne retenait ni un syndrome de stress aigu, ni un syndrome de stress post-traumatique (relevés par le Dr L\_\_\_\_\_). Il énumère ensuite une série d'éléments invalidant le diagnostic d'un alcoolisme primaire (pierre angulaire de la pathologie de l'assuré d'après l'expertise de la Clinique Corela); un alcoolisme secondaire était probablement survenu entre 2013 et 2015, comme conséquence de la décompensation thymique et anxieuse majeure de l'époque, sans faire l'objet d'une thérapie. En dépit d'une blessure narcissique profonde liée à la transformation de sa vie qu'a impliqué son accident, l'expert O\_\_\_\_\_ n'estimait pas que le diagnostic de trouble de la personnalité après une expérience de catastrophe pouvait être posé. À un degré de vraisemblance proche de 100 %, les troubles psychiques diagnostiqués étaient la conséquence de l'accident de parapente du 12 février 2008. Ces troubles psychiques avaient induit de nombreuses limitations fonctionnelles psychiatriques ayant rendu la capacité de travail de l'assuré nulle sur le marché équilibré du travail (baisse notable de la capacité adaptative, moindre tolérance au stress, perte de la confiance en soi et de l'élan vital, baisse de rendement significative dans une activité exigeante à un taux soutenu, difficulté à s'adapter à un cadre horaire variable, accentuation du surinvestissement menant à l'épuisement, difficultés à suivre une discussion à plusieurs à cause d'acouphènes). Aucune mesure réhabilitative ne pouvait permettre à l'assuré d'accéder à un emploi sur un marché du travail équilibré, une activité exercée dans un milieu protégé ne pouvant être assumée à 50 % qu'avec peine; l'activité habituelle de cuisinier n'était pas compatible avec l'état de santé de l'assuré; une activité d'aide-éducateur non qualifié dans un milieu protégé était exigible à 30 %, voire à 50 % (sous réserve de réductions transitoires à 30 %), sans diminution de rendement si elle s'exerçait dans un cadre bien structuré avec des plages horaires bien définies; l'assuré disposait des ressources nécessaires pour assumer une telle activité. L'assuré ne présentait pas de troubles psychiatriques préexistants à l'accident de parapente, en dépit de lignes de fragilité de la personnalité mais compte tenu de ressources lui ayant permis de surmonter plusieurs défis sur les plans affectif et professionnel. Il devait bénéficier

d'une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique régulière à un rythme supérieur à l'actuel, d'un traitement médicamenteux, et d'une thérapie visant à une abstinence alcoolique totale. L'assuré avait une ferme motivation à se faire soigner. Des éléments pronostiques étaient favorables, toutefois sans permettre de songer à une disparition de toute atteinte psychique avec un impact notable sur la capacité de travail, mais au mieux à un maintien dans la capacité de travail dans un environnement protégé jusqu'à la retraite et à une meilleure résistance face à des événements de vie délétères.

Les rapports du psychiatre traitant (le Dr C\_\_\_\_\_) omettaient de mentionner le décès du frère cadet de l'assuré, s'étant ajouté à la surcharge professionnelle dans le cadre de la réinsertion par l'AI, comme élément majeur de la décompensation de l'assuré ; ils n'expliquaient pas l'atteinte narcissique de ce dernier, ni ne mentionnaient l'exacerbation de sa consommation d'alcool en 2013. Ils faisaient état d'un épisode dépressif pourtant non avéré en 1999, dans le contexte du divorce. Contrairement au Dr L\_\_\_\_\_, l'expert O\_\_\_\_\_ ne retenait pas le caractère récurrent d'un trouble dépressif, ni un trouble de la personnalité après une expérience de catastrophe, ni un syndrome de stress aigu ni un syndrome de stress post-traumatique ; on ne s'expliquait pas l'absence d'un traitement antidépressif au regard des diagnostics et risques posés par le Dr L\_\_\_\_\_. L'expert O\_\_\_\_\_ parvenait néanmoins à la même conclusion que les Drs C\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ quant au fait que l'assuré présentait une pathologie psychiatrique significative, qui générait une incapacité d'assumer un emploi dans l'économie du marché, et ce à titre de conséquence de l'accident de 2008.

Le rapport de la Clinique Corela présentait de nombreuses carences, soit notamment des lacunes et des erreurs, un total manque d'intérêt pour la transformation de la personnalité de l'assuré consécutivement à l'accident de parapente de 2008 (ce qui avait empêché l'expert J\_\_\_\_\_ notamment de donner un sens à la décompensation thymique survenue en février 2013 et de retenir un diagnostic thymique et donc d'attribuer un caractère secondaire au diagnostic d'alcoolisme).

32. Le 12 juillet 2018, l'assureur a indiqué n'avoir pas de mesures d'instruction complémentaires à requérir et estimé que la procédure devait être suspendue dans l'attente de la décision que rendrait le Tribunal cantonal des assurances du canton de Saint-Gall dans le cadre de la procédure AI.
33. Par mémoire du 20 août 2018, l'assuré a indiqué que le Tribunal cantonal des assurances du canton de Saint-Gall avait suspendu la procédure jusqu'à droit jugé par la CJCAS. Le rapport d'expertise du Dr O\_\_\_\_\_ avait pleine valeur probante. Il retenait que les troubles de l'assuré étaient clairement attribuables à l'accident de parapente de février 2008, et que seule demeurait exigible une activité à 30 % dans un milieu protégé ; son degré d'invalidité était de 100 %. L'assuré persistait dans les conclusions de son recours. L'expertise de la Clinique Corela était dépourvue de toute valeur probante, en considération non seulement des vices dont il avait été établi de façon plus générale que les expertises réalisées par cette clinique étaient

---

affectées, mais aussi des carences de celle effectuée en l'espèce, ayant au surplus eu un impact négatif sur la santé psychique de l'assuré. En continuant à s'appuyer sur l'expertise de la Clinique Corela, l'assureur recourait à un procédé téméraire et abusif.

34. Par écriture du 28 août 2018, l'assureur a indiqué que le rapport d'expertise du Dr O\_\_\_\_\_ (se distançant des avis tant du Dr J\_\_\_\_\_ que du Dr L\_\_\_\_\_) était complet et motivé, ledit expert ayant confronté les différents avis médicaux avant de se forger sa propre opinion sur la base de l'ensemble du dossier et après examen de l'assuré. Il convenait d'admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre les différentes atteintes psychiques (trouble dépressif caractérisé, isolé, de gravité légère et trouble panique) et l'accident du 12 février 2008. Il fallait retenir une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, l'activité habituelle de cuisinier ne pouvant plus être exercée. Le revenu de valide de CHF 87'978.90 n'était pas contesté ; quant au revenu d'invalidé, comme dans la décision attaquée, il fallait se référer, selon la table de l'ESS TA1 2012, à un revenu mensuel dans le secteur de la production (homme/total) de CHF 5'633.-, à adapter au salaire en 2013 (101.7 → 102.5) puis à un temps de travail hebdomadaire de 41.7 heures/semaine (40 h/s → 41.7 h/s), revenu auquel devait s'appliquer un taux de 50 %, ce qui donnait un revenu d'invalidé de CHF 35'511.-, étant précisé que les conditions pour un abattement du revenu d'invalidé n'étaient pas remplies (les limitations fonctionnelles étant déjà prises en compte en retenant une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée et l'assuré ayant 55 ans au moment du début du droit à la rente le 1<sup>er</sup> septembre 2013) ; la perte de revenu, de CHF 52'467.90, représentait un degré d'invalidité de 59.63 %, arrondi à 60 %. L'assureur concluait donc à l'admission partielle du recours en ce sens que le degré d'invalidité était de 66 % (recte : 60 %).
35. Le 5 septembre 2018, l'assuré a relevé que le rapport d'expertise du Dr O\_\_\_\_\_, dont l'assureur admettait la pleine valeur probante, retenait une capacité de travail en réalité de 30 % (et non de 50 % à long terme), et ce dans un milieu protégé, et non dans une activité adaptée, donc une capacité de travail nulle « dans un circuit économique normal ». Il ne pouvait être tenu compte d'un salaire statistique sur la base de l'ESS 2012, qui concernait le milieu économique normal. Subsidiairement, il faudrait tenir compte d'un abattement, comme l'assureur l'avait d'ailleurs fait dans sa décision initiale en raison des séquelles des attentes somatiques. Un degré d'invalidité complet devait être retenu.
36. Le 18 septembre 2018, l'assureur a maintenu que le degré d'invalidité à retenir était de 60 %, sans qu'il y ait lieu d'appliquer un taux d'abattement au revenu d'invalidé dès lors que la capacité de travail résiduelle retenue était de 50 % (et non de 100 % comme dans la décision attaquée), afin que les limitations fonctionnelles ne soient pas prises en compte deux fois.

### **EN DROIT**

1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales 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, la décision attaquée étant une décision sur opposition de l'assureur-accidents relative à des prestations prévues par la LAA.

b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celle du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi de procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAA contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAA).

Le recours a été déposé en temps utile (art. 60 LPGA), dans le respect des exigences de forme et de contenu prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA ; cf. aussi art. 89B LPA).

Touché par ladite décision et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, le recourant a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

c. Le recours est donc recevable.

2. a. Le litige porte sur le taux d'invalidité donnant droit au versement d'une rente d'invalidité au recourant par l'intimée, plus particulièrement sur le montant du revenu avec invalidité du recourant devant être retenu pour la comparaison des revenus déterminant son degré d'invalidité.

b. Il n'a jamais été contesté, en l'espèce, qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état du recourant à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2013, ce qui marque le cas échéant la naissance du droit à une rente d'invalidité et, partant, la cessation du droit au traitement médical et aux indemnités journalières (art. 19 LAA).

Le droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité et le montant de celle qui lui a été allouée ne sont pas non plus litigieux (art. 24 s. LAA).

3. a. Se fondant sur le rapport d'expertise de la Clinique Corela, l'intimée avait décidé que, dès le 25 juin 2011, le recourant avait une pleine capacité de travail dans toute activité professionnelle respectant ses limitations (mais une capacité de travail nulle dans son activité habituelle de cuisinier), étant précisé qu'aucun diagnostic psychiatrique ne pouvait être retenu comme invalidant, un syndrome de dépendance à l'éthyle qu'il présentait étant primaire, sans lien de causalité avec l'accident assuré (soit l'accident de parapente du 12 février 2008).

La chambre de céans a ordonné une expertise psychiatrique du recourant. L'expert judiciaire a retenu les diagnostics psychiatriques de trouble dépressif caractérisé,

---

isolé, de gravité légère (F32.0) et de trouble panique (F41.0) ; il a écarté le diagnostic d'alcoolisme primaire posé par le Dr J\_\_\_\_\_ de la Clinique Corela, mais a admis l'existence d'un alcoolisme secondaire, survenu entre 2013 et 2015 comme une conséquence de la décompensation thymique et anxieuse majeure du recourant. Il a estimé, à un degré de vraisemblance proche de 100 %, que les troubles psychiatriques qu'il avait ainsi diagnostiqués étaient la conséquence de l'accident assuré. Quant à leur impact sur la capacité de travail, l'expert judiciaire a retenu qu'ils avaient induit de nombreuses limitations fonctionnelles psychiatriques, au point que le recourant avait une capacité de travail nulle sur le marché équilibré du travail, soit non seulement dans l'activité habituelle de cuisinier, mais aussi dans toute autre activité, sous réserve de l'activité d'aide-éducateur non qualifié dans un milieu protégé exercée à 50 % (à la condition de pouvoir réduire au besoin transitoirement ce taux à 30 %), alors sans diminution de rendement (pour autant que cette activité s'exerce dans un cadre bien structuré avec des plages horaires bien définies).

b. Il résulte des mémoires après enquêtes des parties que ces dernières se rallient à la position de l'expert judiciaire, même si elles n'en tirent pas la même conséquence quant au revenu d'invalidité à prendre en considération pour déterminer le degré d'invalidité du recourant, sujet que l'expert judiciaire n'a pas traité et n'avait pas à traiter.

Il pourrait suffire de prendre acte de l'accord des parties quant à la reconnaissance des troubles psychiatriques considérés et de leur impact sur la capacité de travail du recourant, en vertu de l'art. 50 LPGA, applicable en procédure contentieuse (art. 50 al. 3 LPGA).

La chambre de céans n'entend pas moins préciser explicitement que - contrairement au volet psychiatrique du rapport d'expertise de la Clinique Corela (dont la valeur probante devrait en tout état être niée en considération du discrédit général s'attachant aux rapports d'expertise de cette clinique, pour les motifs retenus par le Tribunal fédéral dans l'arrêt 9F\_5/2018 du 16 août 2018 ; cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 8C\_657/2017 du 14 mai 2018 consid. 5.2.2) – le rapport d'expertise du Dr O\_\_\_\_\_ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, ainsi que les parties l'ont admis dans leurs mémoires après enquêtes. Comme l'a indiqué notamment l'intimée, ledit expert judiciaire a démontré de façon convaincante et détaillée pourquoi il retenait les diagnostics précités, se distançant à cet égard d'ailleurs non seulement de l'avis du Dr J\_\_\_\_\_ de la clinique précitée mais aussi des avis médicaux des Drs C\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_, d'une part, et que ces troubles psychiatriques étaient la conséquence de l'accident assuré et impactaient la capacité de travail du recourant (rejoignant en revanche sur ces questions la position des deux derniers médecins précités), d'autre part.

Il sied de rappeler que l'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu ; il faut 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) ; tel est le cas du rapport d'expertise du Dr O\_\_\_\_\_. Au surplus, la chambre de céans ne pourrait s'écarter dudit rapport d'expertise judiciaire sans motifs impératifs, à savoir que s'il contenait des contradictions ou si des spécialistes émettaient des opinions contraires mettant sérieusement en doute sa pertinence (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et références citées dans cet arrêt) ; il n'y a pas en l'espèce de tels motifs.

c/aa. Sur le fond, il sied de noter que les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (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, 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).

L'exigence du lien de causalité naturel est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'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, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

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. 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). En cas d'atteinte à la santé psychique, la jurisprudence distingue notamment selon qu'il s'agit d'une atteinte additionnelle à la santé psychique – auquel cas les accidents sont classifiés selon leur gravité objective et, s'agissant des accidents de gravité moyenne, en fonction des circonstances en connexité étroite avec l'accident ou apparaissant comme des effets de celui-ci –, d'un traumatisme psychique ou d'une atteinte directe à la santé psychique, auxquels cas le lien de causalité adéquate doit être apprécié selon la règle générale du cours ordinaire des choses et de l'expérience de la vie (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, L'assurance-accidents, in Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, éd. par Ghislaine FRÉSARD / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, 2015, p. 311 ss, n. 180 ss).

c/bb. Il doit être retenu que ces conditions juridiques sont en l'espèce remplies. Non seulement il y a eu indéniablement accident assuré, mais encore l'incapacité de travail et de gain en étant résulté pour le recourant représente la conséquence de cet accident assuré, à savoir se trouve reliée à ce dernier par un rapport de causalité naturelle et adéquate.

4. a. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose une invalidité, à savoir – en matière d'assurance-accidents comme dans les autres domaines des assurances sociales – une incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA), d'au minimum 10 % dans l'assurance-accidents (art. 18 al. 1 LAA), alors qu'elle doit être d'au minimum 40 % dans l'assurance-invalidité (art. 28 al. 1 let. c de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 - LAI - 831.20). Selon l'art. 7 LPGA, l'incapacité de gain est 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. L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain, et, de plus, qu'il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable.

Une atteinte à la santé seule ne suffit pas, quelle que soit sa gravité, à constituer une invalidité ; elle doit avoir pour conséquence une incapacité de gain. L'incapacité de gain ne se réfère pas à la profession exercée par l'assuré avant l'atteinte à la santé ; si l'assuré est devenu incapable d'exercer sa profession mais peut prendre une autre activité raisonnablement exigible, après le traitement et la réadaptation, l'évaluation de l'incapacité de travail est faite d'après cette activité exigible. Si la perte de gain est due à un manque de places de travail, et non à l'atteinte à la santé, il n'y a pas d'invalidité, dans la définition de laquelle d'autres facteurs extérieurs sont aussi écartés, comme l'âge, le manque de formation, les différences socioculturelles

---

(Pierre-Yves GREBER, L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, éd. par Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, 2010, p. 137 ss, n. 166).

b. Il n'est pas contesté que le recourant subit une perte de gain consécutivement à l'accident assuré, au surplus de plus de 10 %, et donc qu'il a droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

5. a. 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).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et 128 V 174 ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n. 2060 ss).

b. Selon la jurisprudence, pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide ; le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 139 V 28 ; 129 V 222 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_610/2017 du 3 avril 2018).

Il n'est pas contesté, en l'espèce, que le revenu de valide du recourant est de CHF 87'978.90.

c/aa. Le revenu d'invalide est celui que l'assuré pourrait réaliser malgré son invalidité en exerçant une activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui sur un marché équilibré du travail (art. 16 LPGA). Le caractère raisonnablement exigible d'une activité doit être évalué de manière objective ; peu importe que l'assuré mette réellement ou non à profit sa capacité résiduelle de travail ; en vertu de son obligation de diminuer le dommage, l'assuré est tenu d'exercer une activité dans tous les secteurs économiques disponibles sans se limiter au domaine dans lequel il travaillerait s'il n'était pas atteint dans sa santé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, le revenu peut être évalué sur la base de statistiques

---

salariales, telles qu'elles résultent de l'Enquête suisse sur la structure des salaires dite ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 2107 ss, 2118 ss, 2121 ss). Selon les circonstances personnelles et professionnelles de l'assuré (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation), les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, au maximum de 25 % globalement (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc et références citées ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_227/2017 du 17 mai 2018 ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 2129 ss).

L'activité raisonnablement exigible doit se trouver, dans une perspective cependant théorique et abstraite, sur un marché équilibré du travail, autrement dit sur un marché du travail structuré offrant un éventail d'emplois diversifiés, présentant un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre (Michel VALTERIO, op. cit., n. 2112 ss ; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 3<sup>ème</sup> éd., 2015, n. 68 ss ad art. 16).

c/bb. En l'espèce, une capacité de travail ne doit être reconnue au recourant – à teneur du rapport d'expertise du Dr O\_\_\_\_\_ ayant aussi force probante sur ce point – que pour une activité d'aide-éducateur non qualifié, toutefois dans le cadre très spécifique d'un milieu protégé, de surcroît à 50 % (avec cependant des réductions temporaires de taux d'activité à 30 %) et dans les limites d'un horaire stable. Un tel poste de travail ne relève pas d'un marché équilibré du travail au sens de l'art. 16 LPGA, mais d'une occupation telle que le recourant se l'est vue attribuée et qu'il exerce aux EPI, au demeurant a priori sans avoir la garantie de pouvoir la conserver jusqu'à l'âge légal de la retraite. Il n'y a pas matière à appliquer dans un tel cas des données salariales statistiques, qui – même pour des postes simples, tels que ceux visés par la table de l'ESS TA1 2012 retenue par l'intimée – renvoient à des emplois relevant du marché du travail.

Selon ce que déclare l'expert O\_\_\_\_\_ (cf. rapport d'expertise, p. 62 s.), les différentes limitations psychiatriques que les troubles psychiques consécutifs à l'accident assuré ont induites pour le recourant ont rendu et rendent ce dernier totalement incapable de travailler sur le marché du travail équilibré.

Force est de retenir, en l'espèce, que du fait de ses atteintes à la santé (et non de circonstances économiques), le recourant a une capacité de travail nulle tant dans son activité habituelle de cuisinier que dans toute autre activité lucrative, et donc qu'il ne présente pas de capacité de gain. Son degré d'invalidité pertinent est en conséquence de 100 % (cf. arrêts du Tribunal fédéral I 95/07 du 15 février 2008 consid. 4.5 ; I 616/06 du 24 septembre 2007 consid. 4.2 et 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 698/99 du 18 avril 2000 consid. 3c ; ATAS/1102/2006 du 5 décembre 2006 consid. 6).

6. a. En conclusion, le recours doit être admis et la décision attaquée être annulée, et il doit être dit que le recourant a droit à une rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 100 %.

b. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

c. Obtenant gain de cause, le recourant a droit à une indemnité de procédure (art. 61 let. g LPGA), dont le montant sera arrêté à CHF 3'000.- (art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5 10.03), à la charge de l'intimée.

\* \* \* \* \*

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision sur opposition du 4 mai 2017.
4. Dit que le recourant a droit à une rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 100 %.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Alloue au recourant, à la charge de l'intimée, une indemnité de procédure de CHF 3'000.-.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Marie NIERMARÉCHAL

Raphaël MARTIN

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